UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE de MEDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1961 N° 96

Contribution à l'Etude de la DÉGÉNÉRESCENCE DES POLYPES SOLITAIRES et TUMEURS VILLEUSES DU RECTO-SIGMOÏDE

Travail effectué dans le Service des Maladies de la Nutrition
Professeur Ch. DARNAUD
Clinique Médicale du Professeur MÉRIEL

THESE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1961
devant la
Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

PAR

PIERRE LARAN

Ancien Externe des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY

MM. DARNAUD, *Président*,
MÉRIEL
POULHÈS
RUFFIÉ R.
DENARD, *Suppléant*.

Assesseurs

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, Place du Salin, 16
TOULOUSE

1961

Contribution à l'Etude de la
DÉGÉNÉRESCENCE des POLYPES SOLITAIRES
et Tumeurs Villeuses du Recto-Sigmoïde

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546524_0061

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE de MEDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1961 N° 96

Contribution à l'Etude de la DÉGÉNÉRESCENCE DES POLYPES SOLITAIRES et TUMEURS VILLEUSES DU RECTO-SIGMOÏDE

Travail effectué dans le Service des Maladies de la Nutrition
Professeur Ch. DARNAUD
Clinique Médicale du Professeur MÉRIEL

THESE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1961
devant la
Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

PAR

PIERRE LARAN
Ancien Externe des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY

MM. DARNAUD, *Président,*
MÉRIEL
POULHÈS
RUFFIÉ R.
DENARD, *Suppléant.*

Assesseurs

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, Place du Salin, 16
TOULOUSE

1961

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	M.	LAZORTHES
1er ASSESSEUR		N...
2e ASSESSEUR		CADENAT (E.)
Doyens Honoraires	MM.	GORSE
		CALVET
		LEFEBVRE
		BRUSTIER
Professeurs honoraires	MM.	RIBAUT
		VALLOIS
		CLERMONT
		NANTA
		DUCUING
		TAPIE

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique Médicale	MM.	MERIEL
Clinique Médicale		GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologique		FABRE (P.)
Clinique chirurgicale et du Cancer		GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie		VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BAZEX
Clinique des maladies de la Tuberculose et Pathologie interne		MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires		LHEZ
Clinique médicale infantile et Puériculture		SOREL
Clinique de Neurologie et Psychiatrie		N.
Clinique obstétricale		GUILHEM
Clinique odonto-stomatologique		CADENAT (E.)
Clinique ophtalmologique		CALMETTES
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale		CALVET
Clinq. traumatolog. des membres		RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale		PONTONNIER
Anatomie		LAZORTHES
Anatomie appliquée		POULHES
Anatomie pathologique		FABRE (J.)
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale		ANDRIEU
Chimie biologique		VALDIGUIE
Electro-Radiologie		MARQUES
Embryologiegenerale		BROUSSY
Histologie		BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie		DARNAUD
Médecine Légale du Travail		PLANQUES
Médecine Sociale		BOUNHOURE
Parasitologie		BOUISSET
Pathologie chirurgicale		DAMBRIN
Pathologie générale et Médecine expérimentale		SENDRAIL
Physico-Chimie		AUVERGNAT
Physiologie appliquée et Pharmacologie		BAISSET
Physique biologique et médicale		BUGNARD
Propédeutique médicale		GERAUD
Thérapeutique		DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	MM.	COULOUMA
Pathologie médicale		LAPORTE (J.)
Bactériologie	Mme	ENJALBERT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie		LAPORTE (Y.)
Bicchimie médicale	MM.	DOUSTE-BLAZY
Physique médicale		BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	MM.	BASTIDE
Anatomie Pathologique		BOUISSOU
Anesthésiologie		LARENG
Carcinologie		ESTRADE
Histologie et Embryologie		PLANEL
Parasitologie		RUFFIE (J.)
Pathologie expérimentale		GLEIZES
Physiologie		MONTASTRUC
Physiologie		BESSOU
Physique médicale		COMMANAY

AGREGES

Pathologie médicale	MM.	MONNIER
Médecine générale		RIBAUT
		DELAUDE
		CALAZEL
		RASCOL
Chirurgie générale		ENJALBERT
		FICAT
		PASQUIE
		SOUQUET
		SARRAZIN
Dermatologie et syphiligra-		DUPRE
Hydrologie		DENARD
Médecine légale		GREZES-RUEFF
Obstétrique		ESPAGNO
Odontostomatologie		CADENAT (H.)
Pédiatrie		BARDIER
Rhumatologie		RUFFIE (R.)

AGRÉGÉS LIBRES

Anatomie	THOMAS
Ophtalmologie	DEODATI
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX
Pathologie Chirurgicale	DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHO
Chimie analytique, Toxicologie et Hygiène industrielle	M.	BOURBON
Chimie pharmaceutique		BLANC
Matière Médicale		VINCENT
Pharmacie chimique Pharmacodynamie		CAUJOLLE
Pharmacie galénique		STANISLAS
Zoologie		N...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M.	COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences Naturelles	Mme	CAUJOLLE
	M.	ROUX

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie	MM.	BREUILLAUD
Sciences Physiques	M.	PITET
Toxicologie		BROUSSY (G.)

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal	M.	ROCHE
Secrétaire		RERBUT.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA MERE

A qui je dois tout.

En témoignage de mon affection et de ma profonde reconnaissance pour tous ses sacrifices.

À LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. DARNAUD

Professeur d'Hydrologie et de Climatologie Thérapeutique
Membre de la Société Française de Gastro-Entérologie
Chevalier de la Légion d'honneur

Vous nous avez fait le grand honneur de nous accueillir dans votre Service et de nous confier ce travail.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement et d'apprécier vos grandes qualités de Clinicien, guidées par une remarquable intuition.

Votre expérience de la Médecine, doublée d'une grande culture, nous rendent fier d'être de vos élèves.

Nous vous exprimons toute notre reconnaissance et vous prions d'agréer l'expression de notre profonde déférence.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERIEL

Professeur de Clinique Médicale
Médecin en Chef des Hôpitaux
Vice-Président de la Société Française de Cardiologie
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous vous remercions respectueusement d'avoir accepté de juger ce travail. Ancien Externe de votre Service, nous gardons de vous l'image d'un grand Clinicien.

MONSIEUR LE PROFESSEUR POULHES

Professeur d'Anatomie Appliquée
Chirurgien des Hôpitaux

Avec notre grande reconnaissance pour l'intérêt que vous nous portez depuis le début de nos études et l'accueil bienveillant que vous nous avez toujours réservé.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RUFFIE

Professeur Agrégé de Rhumatologie
Médecin des Hôpitaux

Nous gardons depuis nos premiers stages, un souvenir durable de votre enseignement, présenté d'un façon claire et agréable et empreint d'un grand sens de l'humanité.

Nous vous remercions de nous honorer de votre présence au Jury de notre Thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DENARD

Professeur Agrégé d'Hydrologie
Assistant des Hôpitaux

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre Jury de Thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VOISIN

Assistant des Hôpitaux
Membre de la Société Française de Gastro-Entérologie

Vous avez largement contribué à l'élaboration de ce travail, après nous avoir inlassablement prodigué votre enseignement.

La logique et la clarté de votre raisonnement, toujours orienté vers la réalité pratique demeureront pour nous un exemple.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOREAU

Assistant des Hôpitaux
Membre de la Société Française de Gastro-Entérologie

Vous nous avez permis de compulser des dossiers qui nous ont été extrêmement précieux pour mener à bien ce travail.

Nous vous témoignons toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAISSEL

Assistant des Hôpitaux

Vous avez éveillé en nous cette vocation et nous avons toujours ressenti la force de votre bienveillante amitié.

INTRODUCTION

Rien de ce qui peut constituer une prévention quelconque du cancer ne doit être laissé au hasard. Une grande partie des études faites ces dernières années sur les polypes et tumeurs villeuses de l'intestin s'inscrit dans cette perspective. Nous nous sommes personnellement intéressés à la malignisation de ces tumeurs, primitivement bénignes, à l'occasion d'un certain nombre de cas qu'il nous a été donné d'observer.

Notre travail s'appuie sur trois ordres de documents :

1° Des dossiers d'examens d'Anatomie Pathologique pratiqués entre 1952 et 1961 et mis à notre disposition par le Docteur G. Moreau. Dans un souci purement statistique, nous avons étudié les comptes rendus de polypes et tumeurs villeuses découvertes au sein de *21 700* dossiers, englobant les chapitres les plus divers de la Pathologie.

2° Des observations, les unes provenant du Service du Professeur Darnaud à l'Hôpital Purpan, les autres communiquées par le Docteur Voisin. Elles concernent 34 malades suivis et opérés qui apportent sous l'angle clinique des éléments de comparaison quant aux symptômes des différents types de tumeurs.

3° Des comptes rendus de 400 endoscopies pratiquées dans le service du Professeur Ch. Darnaud par le

Docteur R. Voisin, ce qui permit d'apprécier la valeur d'un tel procédé d'exploration dans le dépistage des tumeurs de la région rectale et recto-sigmoïdienne.

Volontairement le sujet a été limité à cette région pour deux raisons :

— La première est qu'il est unanimement admis que le rectum et le sigmoïde sont le siège d'élection de ce genre de tumeur.

— La seconde est que nous voulons insister tout particulièrement sur la valeur respective de l'endoscopie et de la biopsie dans l'appréciation de la dégénérescence.

Confrontant à chaque pas, polype et tumeur villeuse, nous allons nous efforcer non seulement de déceler tous les éléments qui vont affirmer la dualité entre ces deux types de tumeurs, mais surtout de découvrir tous les indices qui doivent faire soupçonner l'éveil d'une malignité, pour les grouper si possible en « critères de Dégénérescence ». Ainsi la confirmation de ces deux types de tumeurs de l'intestin en tant qu'« état pré-cancéreux » aurait pour conséquence de faire de leur traitement, une véritable prophylaxie du cancer.

La polypose diffuse restera exclue de ce travail.

ETIOLOGIE

I. — Fréquence générale

La fréquence des polypes du rectum et du sigmoïde paraît assez faible si l'on ne tient compte que de ceux qui sont diagnostiqués dans les Centres Hospitaliers, mais l'étude des statistiques d'autopsies ou d'endoscopies permet de se rendre compte que nombre d'entre eux doivent passer inaperçus.

Une première notion de cette fréquence peut être recherchée dans le dépouillement des dossiers d'Anatomie Pathologique.

— Sur les 21 700 examens histologiques pratiqués dans le laboratoire du Docteur Moreau, 109 polypes ont été observés, soit une proportion de 0,50 %. A titre de comparaison ajoutons que nous avons relevé 326 adéno-carcinomes, soit un chiffre 3 fois plus grand que celui des polypes.

— La littérature nous fournit des résultats extrêmement variables : W. Bokay rencontre 0,50 % de polypes du colon sur un total de 60 000 autopsies : M. Staemmler, 0,70 % sur 17 000 examens. A l'opposé T. Hino en rapporte

17,50 % (sur 394 nécropsies) et E. Feyter 21,40 % (sur 1 800 nécropsies). C'est entre ces deux chiffres extrêmes que s'échelonnent toutes les autres données. Pour la majorité des auteurs, la fréquence globale semble inférieure à 10 % (tableau I).

Les raisons de ces discordances peuvent être trouvées dans le mode d'échantillonnage très disparate des examens anatomo-pathologiques. En matière de biopsie ou de pièces opératoires, il ne faut pas oublier que certains chirurgiens ne font examiner que les polypes leur paraissant suspects. En ce qui concerne les autopsies, il s'en faut de beaucoup, là aussi, que nous trouvions le reflet de la réalité puisque dans beaucoup de Services Hospitaliers, une partie des malades décédés ne subit pas de vérification nécropsique.

La rectoscopie permet peut-être d'approcher le problème de façon plus satisfaisante. Les résultats cependant ne sont pas uniformes :

— Dans le Service du Professeur Darnaud nous avons examiné les fiches de 400 recto-sigmoïdoscopies dépassant toutes 13 cm. Certes, elles ne peuvent être considérées comme des rectoscopies systématiques car elles ont été pratiquées pour la plupart, sur des malades ayant une symptomatologie colique, aussi minime soit-elle. Par ce procédé d'exploration il a été possible de découvrir 11 polypes, ce qui donne un pourcentage un peu inférieur à 3 %. A titre de comparaison, il faut dire qu'au cours de cette même série d'examens, l'épithélioma de cette région a été mis en évidence dans une proportion deux fois supérieure.

TABLEAU I

Fréquence de polypes d'après les constatations d'autopsies

		Nombre d'autopsies	Pourcentage de Polypes
W. Bokay (Cité par Straus)	1932	60 000	0,5
M. Staemmler (Cité par Straus)	1937	17 000	0,7
S. C. Lawrence	1936	7 000	2,37
E. B. Helwig	1953	449	2,9
Lindgren (Stockholm)		1 351	3,8
M. J. Stewart	1931	1 815	4,19
W. Susman	1932	11 000	6
N.. W. Swinton et A. D. Haug	1947	1 843	7
J. Felsen	1941	955	9,6
Winblad (Suède)		651	10
C. W. Mayo	1942	100	16
T. Hino	1946	394	17,5
E. Feyter	1931	1 800	21,4

— Il résulte des tableaux ci-joints que cette fréquence peut, une fois de plus, être très variable : (Tableau II).

- Mata a pratiqué 2 630 recto-sigmoïdoscopies systématiques et a découvert des polypes dans 0,95 % des cas ; Castro (14) sur 12 000 sigmoïdoscopies a découvert un polype dans 2,40 % des examens. A l'opposé Fansler (25), par exemple, sur 256 Sigmoïdoscopies met un polype en évidence dans une proportion de 14 %.

— Mais certaines statistiques doivent par un détail retenir notre attention :

- Arbot (1) pratique 500 sigmoïdoscopies absolument systématiques sur des militaires âgés de 17 à 25 ans et atteint un polype chez 1,60 % de ses sujets.

- Haugh (34) fait 117 recto-sigmoïdoscopies chez des sujets totalement asymptomatiques d'un âge compris entre 20 et 30 ans, et trouve 1,70 % de ces individus porteurs de polypes.

- Enquist (23) faisant des rectoscopies chez 7 608 sujets, sans le moindre symptôme digestif, mais ayant tous plus de 45 ans, rencontre des polypes dans la très forte proportion de 19, 20 %.

En résumé :

Il ressort de cette étude, que tant à l'autopsie qu'en recto-sigmoïdoscopie, *les polypes sont mis en évidence dans une proportion bien inférieure à* 10 %. Les chiffres supérieurs imposent des réserves.

— *Les examens strictement systématiques chez des*

TABLEAU II

Fréquence des polypes découverts par sigmoïdoscopie

		%
Mata	2 650	0,9
Abbot : Sujets entre 17 et 25 ans sans symptômes	500	1,6
Haugh : Systématiques 3e décade	117	1,7
Ortmayer : Femmes entre 26 et 61 ans	1 014	1,8
Castro	12 000	2,4
Wilson	20 845	2,8
Greer	743	3
Swinton	8 000	5
Rider	9 669	5,5
Grantureo	1 000	5,8
Portes : 20 à 76 ans, asymptomatiques	50 000	5,9
De Muth : plus de 48 ans	50	8
Burnikel	5 072	10
Green	640	10.8
Fansler	256	14
Enquist : plus de 45 ans, asymptomatiques	7 608	19,2

sujets jeunes décèlent des polypes dans 2 % *des cas environ.*

Par contre *au-delà de* 45 *ans la fréquence de ceux-ci est* 10 *fois plus grande :* ceci souligne encore une fois l'influence de l'âge

En recto-sigmoïdoscopie, une proportion de 2 à 6 % paraît refléter assez fidèlement la fréquence des polypes du rectum et du sigmoïde.

II. — Fréquence par rapport a quelques autres affections du rectum et du sigmoïde

Pour étudier la place des polypes et des tumeurs villeuses dans la pathologie du colon terminal, nous nous sommes placés sur un triple plan :

— Dans le Service du Professeur Ch. Darnaud à Purpan, tous les malades qui présentent une symptomatologie colique, sont examinés en rectoscopie. Sur les 400 examens pratiqués, en plus des 11 polypes ou tumeurs villeuses, ont été diagnostiqués :

- 22 *néoplasies* confirmées par la biopsie, soit 2 fois plus.
- 13 *recto-colites hémorragiques.*
- 14 *rectites* dont l'étiologie n'a été précisée que par des examens complémentaires.
- 1 cas de *polypose diffuse* et 1 de *maladie villeuse diffuse.*

Nous laissons volontairement de côté les lésions

d'origine hémorroïdaire qui sont excessivement fréquentes.

— L'étude des comptes rendus d'examen histologiques du Docteur G. Moreau, en dehors des 109 Polypes et tumeurs villeuses, a permis d'observer 330 *adéno-carcinomes*, soit 3 fois plus que de polypes. Le nombre des *recto-colites hémorragiques* est de 46, soit, contrairement à ce que nous avons observé précédemment, un chiffre bien inférieur à celui des tumeurs bénignes. Onze fois a été porté sur une coupe le diagnostic de *papillome du canal anal* d'origine pavimenteuse et 10 fois celui d'*épithélioma malpighien*. Enfin sur 5 pièces opératoires, le diagnostic de *polypose diffuse* a été émis ; dans 3 cas, il y avait des traces de dégénérescence.

— Grâce à l'obligeance du Docteur Voisin, nous avons étudié la place du polype au sein des affections du rectum et du sigmoïde dans une clientèle privée : six polypes ou tumeurs villeuses ont été découverts et dans le même temps, 15 *cancers du rectum et du sigmoïde*. Le diagnostic de *recto-colite hémorragique* était fait chez 4 malades ; celui de *polypose diffuse* dans un cas.

En résumé :

On peut déduire de cette étude comparative :

— *Il se confirme de plus en plus que l'adéno-carcinome est 2 à 3 fois plus fréquent que le polype.*

— *La fréquence de la recto-colite hémorragique est un peu moindre que celle des tumeurs bénignes.*

— Enfin *pour un cas de polypose diffuse, on rencontre plus de* 10 *cas de polypes solitaires.*

III. — Sexe

Sur les 109 polypes adénomateux ou villeux que nous avons réunis, nous relevons 57.3 % de malades du sexe masculin. Si nous confrontons ce chiffre avec les pourcentages fournis par les différents auteurs qui ont étudié cette question du sexe, nous voyons que tous admettent également la plus grande fréquence des polypes chez l'homme. Les pourcentages des différentes statistiques varient en effet entre 53 % et 68 % ; nos résultats s'insèrent donc entre ces valeurs extrêmes (Tableau III).

— Cependant plus que ce chiffre global, il nous a paru intéressant d'étudier le sexe en fonction de chaque type de polype et en fonction de la nature bénigne ou maligne de ces polypes :

- Sur 57 malades porteurs de polypes adénomateux bénins : 62,50 % étaient des hommes.
- Sur 26 malades porteurs de polypes dégénérés 61 % étaient du sexe mâle.

On peut noter déjà la similitude des deux chiffres, ce qui montre que les polypes n'ont pas un pouvoir dégératif plus grand dans un sexe que dans l'autre.

Par contre, sur les 14 tumeurs villeuses rapportées, il y en avait 9 de bénignes, soit 6 hommes et 3 femmes, alors que toutes les tumeurs villeuses dégénérées ont été découvertes chez des malades du sexe féminin.

Sur 13 malades porteurs d'un polype avec cancer, 53 % étaient des hommes.

— Mais il était intéressant de comparer cette fréquence des polypes suivant le sexe avec celle des cancers de la même région : sur 333 cancers recto-sigmoïdiens 59 % ont été observés chez des hommes.

En conclusion

On peut dire que *l'on retrouve pour les polypes la prédominance masculine déjà constatée pour l'épithélioma :* Toutefois une restriction doit être formulée en ce qui concerne les tumeurs villeuses, *celles-ci semblant se rencontrer avec autant de fréquence chez la femme que chez l'homme.* Ce fait est d'ailleurs signalé par d'autres auteurs :

— C'est ainsi que Delepierre et Soots (20), à Lille observent sur 28 tumeurs villeuses bénignes : 64 % de femmes, 36 % d'hommes.

— De même Grinnel et Lane (33) de New-York, sur une série d'observations de 1 335 malades porteurs de polypes, obvervent que, si la fréquence des polypes adénomateux oscille autour de 60 % chez l'homme, le nombre des tumeurs villeuses est aussi grand chez la femme que chez l'homme.

IV. — Age

Nous avons, comme précédemment, dissocié les polypes adénomateux et les tumeurs villeuses.

— Les *polypes adénomateux bénins* ont été ren-

TABLEAU III

Pourcentage de polypes dans le sexe masculin

		%
Castro		53
W.-R. Sandusky	1952	53
Grinnel et Lane	1958	54,5
N.-W. Swinton	1953	56
K. Grosch	1938	57
R.-T. Myers	1956	60
M.-G. Spiesmann	1951	60
L.-A. Buie	1949	61
H. Tonessen	1931	62,2
Schottler	1923	62,8
M. Staemmler	1924	65
M. Reiffrescheid	1958	66
H. Doring	1907	67
W. Thorbecke	1914	68

contrés dans 35 % des cas entre 50 et 59 ans ; dans 20 % des cas entre 60 et 69 ans. Le plus jeune de nos malades avait 7 ans ; le plus âgé, 79 ans. Seuls 3 malades de moins de 15 ans étaient porteurs de polypes ayant été analysés histologiquement. La bénignité habituelle des polypes au cours de l'enfance n'incite pas à pratiquer un examen histologique, donc on ne peut tirer de cette étude aucune conclusion sur la fréquence des polypes chez les individus de moins de 20 ans. Nous les éliminerons de ce travail.

— *Les polypes dégénérés* se rencontrent plus tardivement, puisque entre 60 et 69 ans, on trouve 44 % des Polypes, alors qu'on en trouve 33 % entre 70 et 79 ans.

Le malade le plus jeune avait 44 ans, le plus âgé 79 ans ; on constate donc un net recul de la moyenne d'âge entre les polypes bénins et ceux en voie de dégénérescence, même en écartant les formes du sujet jeune.

— Les *tumeurs villeuses bénignes* ont été décelées par l'examen histologique dans 40 % des cas entre 60 et 69 ans.

— Dans les cas de *tumeurs villeuses dégénérées*, c'est un chiffre de 50 % qu'on trouve dans les limites du même âge. Si on ajoute que dans ce dernier cas, le malade le plus jeune avait 53 ans, contre 45 dans le cas de tumeur bénigne, on a une nouvelle preuve de la découverte du polype et de la tumeur villeuse dégénérés à un âge plus tardif.

— Il était intéressant de comparer ces chiffres avec la fréquence de l'adéno-carcinome : alors qu'entre 60 et

69 ans il y avait 44 % de polypes dégénérés, il n'y a que 27 % d'adéno-carcinomes paraissant primitifs dans la même décade. Entre 50 et 59 ans, alors qu'on trouve 19 % d'adéno-carcinomes, il y a à peine 11 % de polypes dégénérés. Il semblerait découler de cette étude que *les polypes dégénérés se rencontrent volontiers à un âge plus élevé que les adéno-carcinomes primitifs.*

Sur cette notion d'âge, les conclusions des auteurs sont assez différentes mais les variations peuvent dans une certaine mesure découler de l'inclusion ou non dans la statistique des formes de l'enfant.

— Pour Sandusky (52) qui trouve 26 % des polypes chez les moins de 20 ans, le maximum de fréquence des formes de l'adulte se situe entre 60 et 69 ans (19,2 %). Pour Swinton (56) les polypes bénins ou dégénérés se rencontrent dans 34,50 % des cas entre 51 et 60 ans, soit 19 % entre 61 et 70 ans.

— Plus intéressantes sont les études comparatives entre l'âge moyen des formes bénignes et des formes dégénérées :

- Pour Fisher (27) l'âge moyen des malades porteurs de polypes bénins est de 50 ans, alors qu'il est de 60 ans pour les polypes dégénérés.
- Mouchet (43), sur les 25 cas de tumeurs villeuses étudiées, a constaté cette même croissance de la moyenne d'âge selon la bénignité ou la malignité ; la moyenne d'âge des tumeurs villeuses bénignes est de 59 ans alors qu'elle est de 67 ans pour les tumeurs villeuses dégénérées.
- Cependant la statistique de Grinnel (33) qui

porte sur 1 385 malades vient infirmer cette notion, puisque pour lui l'âge moyen est de 61,9 ans pour les polypes bénins et de 57,7, pour les polypes dégénérés.

- Enfin Miller (42) étudiant au Presbyterian Hospital de New-York, l'âge moyen des 478 polypes découverts par recto-sigmoïdoscopie, trouva 52,2 ans. Dans ce même hôpital, l'âge moyen des cancers du rectum et du sigmoïde est de 57,6 ans.

En conclusion :

En écartant de notre étude les polypes de l'enfant, on constate :

— *L'âge de découverte des formes dégénérées augmente en moyenne de 7 à 10 ans par rapport aux tumeurs bénignes.*

— *Les tumeurs villeuses apparaissent un peu plus tardivement que les polypes.*

— *Les cancers primitifs sont observés chez des malades plus jeunes que les polypes dégénérés.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE MACROSCOPIQUE

I. — Nombre

Les polypes du colon peuvent être uniques ou multiples. Il est sans doute intéressant de noter que pour beaucoup d'auteurs, en particulier Rider (50), la proportion de cancers du colon est deux fois plus grande chez le malade porteur de polypes multiples (la polypose diffuse étant exclue) que chez les malades atteints de polypes isolés.

A. *Polypes Adénomateux*

Selon notre statistique, les polypes étaient uniques chez 22 malades, doubles chez trois et triples chez un autre. Il convient de noter d'ailleurs que dans les deux dernières éventualités, les polypes étaient associés à un cancer et ne furent reconnus que sur la pièce de rectocolectomie en raison de leur siège, susjacents à la néoplasie.

La forte proportion de polypes solitaires était notée par la plupart des auteurs : certains s'appuyant sur des protocoles d'autopsie, ce qui a beaucoup plus de valeur.

Pour Sandusky (52), il y a 70 % de malades chez

qui un seul polype est diagnostiqué. Castro (14) sur 350 polypes adénomateux étudiés, a décelé dans 52 cas seulement, plus d'un polype soit 14,70 % ; dans un cas, il en a trouvé 8. De Muth (12) a découvert plus d'un polype dans 33 % des cas. L'étude de Grinnel et Lane (33) qui porte sur 1 335 malades apporte confirmation de quelques constatations faites sur les dossiers étudiés ici. Ces auteurs notent la présence de polypes multiples chez 26 % de tous ces malades. Mais si on considère les polypes associés à un adéno-carcinome cette proportion monte à 37 % ; par contre elle tombe à 17 %, si l'on ne considère que les polypes non associés à un cancer. Il est apparent que la résection colique permet de découvrir des polypes associés à un cancer, qui étaient passés inaperçus. Dans plus de la moitié des cas de polypes dégénérés, ces auteurs ont trouvé un second polype toujours sur la pièce de colectomie.

Ces différentes constatations résultent d'études basées sur des statistiques anatomo-pathologiques. Par contre, Grantureo (30) qui a pratiqué 1 000 recto-sigmoïdoscopies systématiques, n'a rencontré un second polype que chez moins de 10 % des malades.

B. *Tumeurs Villeuses*

Sur les 8 cas observés, toutes les tumeurs villeuses étaient isolées. C'est de très loin le cas le plus fréquemment rencontré, puisque sur 216 tumeurs villeuses que Grinnel et Lane (33) ont rapportées, seuls 5 malades avaient deux tumeurs et 3 en avaient trois.

En résumé :

De cette étude du nombre des polypes on peut déduire :

— *Les Polypes Adénomateux multiples ont davantage de chance de dégénérer.*

— *Les polypes multiples se rencontrent fréquemment associés à un cancer, mais souvent seule la résection permet leur découverte.*

— *Les tumeurs villeuses restent le plus souvent isolées.*

II. — Localisation

Les polypes et tumeurs villeuses peuvent se développer sur toute la longueur du colon de la valvule iléo-cœcale au canal anal.

Cependant nous avons limité les observations présentes, à celles se localisant au niveau du rectum ; ceci répond au désir d'approfondir tout particulièrement le rôle de l'endoscopie et de la biopsie dans l'appréciation de la dégénérescence.

— Sur les 34 polypes ou tumeurs villeuses étudiés, la grande majorité, soit 24, ont été accessibles à la recto-sigmoïdoscopie. Le polype le plus proche était à 6 cm, le plus éloigné à 20 cm : le plus grand nombre se situait entre 10 et 15. Seuls 2 polypes isolés se sont révélés inaccessibles à l'endoscopie car trop haut situés, la progression du rectoscope devenant difficile.

— Dans un cas, la rectoscopie a été rendue impossible par l'absence de coopération du malade.

— Dans 8 cas enfin le polype était associé à un cancer du rectum ou du sigmoïde diagnostiqué endoscopiquement :

- 7 fois la présence du Polype n'a pu être décelée avant l'intervention car le polype était en amont du carcinome. Dans un cas toutefois, il y avait un petit polype en aval, mais celui-ci est passé inaperçu à la rectoscopie.
- Par contre, dans un cas, le polype, paraissant isolé a été traité par voie trans-anale, mais un mois après devant la persistance des troubles, une nouvelle rectoscopie a montré un épithélioma. Celui-ci était passé inaperçu en raison du volume du polype qui avait empêché la progression du rectoscope.

En limitant cette étude aux polypes et tumeurs villeuses du rectum et du sigmoïde, nous englobons cependant la portion du gros intestin où ces tumeurs se développent électivement. Dans les dossiers de Gastro-Entérologie consultés, nous n'avons trouvé aucun cas de polype situé en amont du sigmoïde.

— Tous les auteurs admettent cette grande fréquence au niveau du rectum et du sigmoïde. Sandusky (52) a trouvé 81 % des polypes au niveau du bas-sigmoïde et du rectum. Castro (14) avance un chiffre encore plus important puisque sur les 352 polypes qu'il a étudiés, 347 se localisent au niveau du rectum et du sigmoïde et, parmi ceux-ci, 25 seulement sont sigmoïdiens. De Muth (21) admet que les 2/3 des polypes sont accessibles à la sigmoïdoscopie. Ortmayer (44) qui a pra-

tiqué plus de 1 000 recto-sigmoïdoscopies systématiques estime lui aussi que le siège électif des polypes est entre 10 et 15 cm de la marge de l'anus. GRINNEL et LANE (33) confirment les mêmes données : ils ont trouvé que 79,2 % des polypes bénins et 83 % des 47 polypes dégénérés siégeaient dans le rectum et le sigmoïde. L'étude du siège des tumeurs villeuses leur a fourni des résultats comparables (85 % des formes bénignes et 81 % des formes dégénérées). Reprenant les 2 152 cas de cancer du colon et du rectum observés au Presbyterian Hospital de New-York, ils ont constaté que 81 % de ces adéno-carcinomes se localisent également dans le rectum et le sigmoïde.

En conclusion :

De tout ceci on peut déduire que :

— *La région recto-sigmoïdienne est particulièrement propice au développement des polypes et des tumeurs villeuses.*

— *Contrairement à certaines notions classiques, cette localisation n'est pas défavorable, puisque la malignisation, compte tenu du nombre des tumeurs, n'y est pas plus grande que dans les autres parties du colon.*

III. — MODE D'IMPLANTATION

C'est sur ce plan que la distinction entre polypes adénomateux et tumeurs villeuses va acquérir sa plus grande netteté.

En matière de polypes et de tumeurs villeuses,

la question d'implantation a une grande importance en raison du rôle que le pédicule semble jouer dans l'apparition et surtout dans la propagation du cancer. Disons cependant, que les qualificatifs de sessile et pédiculé ne peuvent être attribués avec certitude qu'à l'examen de la pièce, la rectoscopie ne permettant pas toujours d'en décider.

A. *Polypes Adénomateux*

— Sur les 19 polypes bénins qu'il nous a été possible d'observer, 3 seulement ont été qualifiés de sessiles :

- 2 en rectoscopie ;
- 1 par examen du segment colique réséqué.

Par contre, sur les 7 observations de polypes dégénérés :

- 3 étaient pédiculés ;
- 4 étaient sessiles.

Dans 2 cas de polypes sessiles, le chirurgien a constaté un envahissement ganglionnaire important.

— De ce point de vue, Castro (14), étudiant 352 polypes bénins en a rencontré 1 3 de sessiles. Grinnel et Lane (33) ont trouvé également dans leur importante stastistique, 1 /3 de sessiles parmi les polypes bénins et à peine 1/4 ayant ce même mode d'implantation parmi les polypes dégénérés.

— Nos observations ne s'accordent pas avec celles de ces auteurs en ce qui concerne les polypes dégénérés. Il se trouve que tous ceux que nous avons observés étaient localisés dans l'ampoule rectale, à l'exception d'un seul,

qui était sigmoïdien. Or Grinnel (33), Fisher (27), Welch (58), Sunderland (11), admettent une théorie selon laquelle les mouvements péristaltiques seraient à l'origine de la formation du pédicule, surtout dans les segments où le mésentère permet une grande mobilité de l'intestin. Ainsi ont-ils trouvé beaucoup de formes pédiculées dans le sigmoïde où le péristaltisme est très intense et la fixité du colon très relative, ce qui n'est pas le cas de l'ampoule rectale. Enfin les polypes dégénérés, augmentant plus rapidement de volume que les polypes bénins, donnent plus de prise à cette onde péristaltique et tendent à accroître encore ce pédicule.

— Il ne semble donc pas qu'il y ait un rapport quelconque entre la forme sessile et la fréquence de dégénérescence ; par contre, la présence et la longueur du pédicule jouent très certainement un rôle dans la rapidité de l'extension lymphatique et métastique. Sur les polypes sessiles que nous avons étudiés, deux avaient une invation ganglionnaire, malgré une plage de dégénérescence très limitée puisque, dans les deux cas, la biopsie pré-opératoire avait répondu : « Polype bénin ».

B. *Tumeurs Villeuses*

Les 8 cas qu'il nous a été possible de suivre étaient des tumeurs sessiles largement implantées.

Mouchet (43) dans son étude portant sur 25 tumeurs villeuses, a observé dans tous les cas une large implantation. Grinnel (33) a trouvé moins de 10 % de tumeurs pédiculées sur les 216 tumeurs villeuses, qu'elles soient bénignes ou dégénérées, observées au Presbyterian Hospital de New-York. Les auteurs français

tels que Lambling (39), Bensaude (8), Baumel (7), ont décrit des tumeurs villeuses pédiculées, mais tous admettent leur rareté. Par contre, Dellepierre (20), à Lille, a décrit sur 28 tumeurs villeuses, 11 formes pédiculées.

En résumé.

— On ne constate *aucune différence dans le pouvoir dégénératif des polypes adénomateux selon qu'on observe des formes sessiles ou pédiculées :* tout au plus a-t-on noté dans ce dernier cas une plus grande rapidité de propagation lymphatique.

— L'extrême rareté des tumeurs villeuses pédiculées fait *qu'il n'a pas été possible de constater l'influence de ce mode d'implantation sur leur dégénérescence.*

IV. — Taille des polypes

La taille des polypes est extrêmement variable ; dans nos observations nous avons trouvé tous les intermédiaires entre le volume d'un pois et celui d'une mandarine.

La taille des tumeurs villeuses est beaucoup plus importante ; elle peut représenter jusqu'au triple de celle de l'adénome.

— Certain auteurs se sont efforcés de chiffrer ces tailles. Grinnel (33) a trouvé 67 % des adénomes bénins d'un diamètre inférieur à 1 cm, le diamètre moyen étant de 1,2 cm. Swinton (56), dans une étude portant sur 400 polypes, en trouve 230 dont le diamètre est inférieur ou égal à 0,50 cm, soit près de 60 %.

— Tous les auteurs ont noté la différence de taille qui existe entre polypes bénins et polypes dégénérés. Grinnel (33) ne trouve plus dans le cas de dégénérescence, que 21 % des polypes d'un diamètre égal ou inférieur à 1 cm, le diamètre moyen passant dans ce cas à 2,1 cm au lieu de 1,2. Les mêmes constatations ont été faites pour les tumeurs villeuses, puisque sur les tumeurs de moins de 1 cm de diamètre on a trouvé des plages de dégénérescence dans 12 % des cas seulement. Dans les tumeurs d'un diamètre de 4 à 6 cm, près de 40 % étaient dégénérées.

En résumé :

Sans que l'on puisse mettre en étroit parallélisme la malignité et le volume d'un polype, *le soupçon de dégénérescence devra être éveillé devant une grosse masse polypeuse. Il va sans dire que l'on ne saurait sans imprudence taxer de bénins tous les petits polypes.*

V. — Fréquence respective des polypes et des tumeurs villeuses

Avant d'entreprendre une étude histologique qui fera de ces deux formes d'hyperplasie deux chapitres très distincts, il est bon de rappeler dans quelle proportion se rencontrent ces deux types de tumeurs du colon et du rectum.

Tout d'abord, dans les observations que nous rapportons dans ce travail, il y a 26 polypes adénomateux

pour 8 tumeurs villeuses, soit 3 fois plus d'adénomes ; mais ceci ne peut avoir une quelconque valeur car tous les dossiers étudiés n'ont pas la même origine. D'autre part, sur les 109 cas que nous avons rassemblés d'après les fiches histologiques :

— 96 sont des polypes adénomateux ;

— 13 sont des tumeurs villeuses soit 12 %.

Tous les auteurs ont constaté cette plus grande fréquence des polypes par rapport aux tumeurs villeuses. Swinton (56) admet que sur les 436 tumeurs bénignes isolées du colon qu'il a observées, 34 sont des tumeurs villeuses soit 8,3 %. Grinnel et Lane (33) sur les 1 856 tumeurs observées en détail ont diagnostiqué 216 tumeurs villeuses soit 11,6 %. Il semble donc que *les tumeurs villeuses représentent approximativement* 1/10 *de toutes les tumeurs bénignes.*

VI. — Aspect de ces tumeurs

Nous rappellerons brièvement, puisque cette question sera vue en détail à propos de l'endoscopie, que le polype adénomateux est ovalaire, lobulé, rouge vif ; sa couleur tranche sur le rose pâle de la muqueuse avoisinante. La tumeur villeuse au contraire est de consistance molle, essentiellement constituée par des franges villeuses flottant tantôt librement dans la lumière de l'intestin, tantôt agglutinées les unes aux autres par une substance glaireuse dessinant alors une très fine mosaïque d'aspect rosé ou rouge.

RAPPEL HISTOLOGIQUE

I. — Tumeurs bénignes

A. *Polypes ou Adénomes*

Le terme de polype a longtemps été utilisé pour désigner toute tumeur faisant saillie à l'intérieur de l'ampoule rectale quelle que soit sa nature histologique. Cette terminologie encore répandue, doit être abandonnée. En effet, le terme de polype ne se justifie qu'en fonction d'une formule histologique précise, c'est-à-dire une tumeur à point de départ glandulaire.

L'adénome se caractérise histologiquement par :

— Un axe conjonctivo-vasculaire issu de la sous-muqueuse.

— Un revêtement épithélial fait d'une seule assise de cellules, recouvrant le corps de la tumeur et le pédicule et se continuant sans interruption avec l'épithélium normal. Les cellules de cet épithélium se distinguent, en cellules « claires », mucipares dont le pourcentage varie d'un polype à l'autre, en cellules « sombres » dites cellules dédifférenciées dont nous verrons le rapport avec le cancer. Cet aspect doit être formellement différencié de celui des pseudo-polypes rencontrés en particulier dans la R.C.H. ; nous y reviendrons en évoquant le diagnostic différentiel de ces tumeurs.

B. *Tumeurs Villeuses*

Décrites par Quenu et Landel (47) en 1899, étudiées ensuite par R. Bensaude et A. Cain (9) puis par

Lambling (39), elle conservent dans l'école française une individualité histologique absolue.

L'élément histologique fondamental est la frange villeuse qui comporte un axe conjonctivo-vasculaire et un revêtement épithélial. Ce revêtement épithélial enveloppe la villosité et s'unit au niveau des culs de sac intervilleux avec le revêtement des villosités voisines. Il comporte des cellules cylindriques disposées en palissade, cellules sombres, épithéliomateuses, qui font brusquement place à la limite de la tumeur aux cellules normales de la muqueuse rectale. Parmi ces cellules épithéliales, on trouve des cellules mucipares en nombre variable ; les glandes surtout y sont inconstantes ; il s'agit bien d'une tumeur bénigne différente de l'adénome, car résultant du développement de l'épithélium. Ce n'est que secondairement qu'on assiste à une modification des glandes.

C. *Rapports histologiques*

C'est Ewing (24) qui a fait le meilleur bilan des rapports entre ces deux formes de tumeurs du rectum.

Deux théories sont en présence :

— La première est soutenue par la plupart des Anatomo-pathologistes français. Pour eux, dans les polypes adénomateux, il s'agit d'une hyperplasie des glandes muqueuses qui refoulent l'épithélium de surface, sans entraîner une transformation majeure de celui-ci. Cette constatation, reprise aujourd'hui par des auteurs américains tels que : Swinton (56) et Welch (58) a été soulignée par Lambling (39), qui, dès 1928, déclarait : « L'Adénome est la production des tubes glandulaires au

dépens de la partie profonde des glandes de Lieberkühgn, qui se développe en refoulant l'épithélium de surface et en profondeur dans l'intérieur du tissu conjonctif. »

La tumeur villeuse est une tumeur bénigne différente de l'adénome car elle résulte du développement de l'épithélium ; ce n'est que secondairement que l'on assiste à une modification des glandes.

Ce sont donc pour ces auteurs deux lésions distinctes et séparées, dont le point de départ est dans un cas glandulaire, dans l'autre, épithélial.

— La deuxième théorie est une théorie américaine selon laquelle, un mode de croissance différent distinguerait polypes et tumeurs villeuses. D'après Ewing (24), Dukes (22), Sunderland (11), le stimulus de croissance s'appliquerait sur les cellules épithéliales superficielles de la muqueuse, déterminant une *croissance en surface* qui réalise la tumeur villeuse. Au contraire, dans les polypes adénomateux, le point d'application du stimulus initial se localiserait au niveau des cellules de la partie profonde au moyen d'une crypte muqueuse, entraînant un *développement nodulaire, en profondeur et en foyer*. Ainsi Sunderland et Binkley (11) pensent qu'un foyer adénomateux peut se développer au sein d'une tumeur villeuse réalisant ce que R. Bensaude (9) a appelé « Tumeur adénomato-villeuse ».

II. — Dégénérescence

A. *Fréquence*

Le potentiel dégénératif de chacun de ces deux types de tumeurs permet, une fois de plus, de les opposer.

— Sur les 96 cas de polypes adénomateux examinés microscopiquement par le Docteur Moreau, 25 ont été reconnus en cours de dégénérescence à des stades variables, soit 26 %. Il faut ici émettre une réserve devant un chiffre qui peut paraître assez élevé, mais souvent le chirurgien néglige de faire analyser un polype qui lui paraît macroscopiquement bénin.

— Sur les 26 observations de polypes recueillies dans ce travail, 7 sont des polypes dégénérés soit près d'un quart.

Les statistiques des auteurs apportent des chiffres assez semblables : Sandusky (52), sur 202 polypes, en a isolé 18 en cours de dégénérescence soit 9 %. Castro (14), sur 352 polypes adénomateux diagnostiqués, en a découvert 53 de dégénérés soit 15 %. De Muth (21), sur 234 polypes en a isolé 36 de malins soit 15 %.

Grinnel et Lane (33) sur leurs 1 640 adénomes ont recueilli 47 polypes dégénérés soit 2,9 %. Par contre, Burnikel (13) sur 500 polypes a noté 40 % de dégénérescence.

— Le pouvoir de dégénérescence des tumeurs villeuses est nettement plus élevé. Sur les 13 tumeurs villeuses diagnostiquées histologiquement par le Docteur Moreau, 5 sont dégénérées ; de même sur les 8 que nous présentons dans ce travail, 4 tumeurs étaient dégénérées. Ces deux chiffres donnent déjà une idée du pouvoir de malignité nettement plus grand que celui des polypes adénomateux.

Ceci est également confirmé par tous les auteurs. Dellepierre (20), sur les 28 tumeurs villeuses qu'il

étudie en détail, observe 11 formes malignes, soit 40 %. Mouchet (43), sur 25 tumeurs villeuses présentées, a découvert des signes histologiques de dégénérescence dans 12 cas, soit 48 %. Welch (58), sur 27 tumeurs villeuses observées, a constaté une malignité dans 6 cas, soit 22 %. Grinnel et Lane (33), sur les 216 tumeurs villeuses de leur statistique, ont rencontré des signes de dégénérescence dans 69 cas soit 32 %.

« Le coefficient de dégénérescence » est nettement supérieur à celui des polypes adénomateux. Cependant certains auteurs présentent des statistiques dans lesquelles le pourcentage s'écarte considérablement de ces chiffres que nous considérons cependant comme moyens. Ceci est la conséquence des variations dans les critères de malignité retenus par l'Histologiste pour porter un tel diagnostic. A titre indicatif, nous ajouterons que les tumeurs villeuses que nous présentons et celles de la statistique de Grinnel (33) ont été qualifiées de malignes sur la constatation d'un effondrement de la muscularis mucosæ.

B. *Critères Histologiques*

Les critères histologiques de malignité ont été l'objet tant en France qu'à l'étranger, de nombreux travaux dont les conclusions sont loin d'être rigoureusement concordantes. En fait, on peut dire qu'il n'existe qu'un critère sur lequel tout le monde soit d'accord, c'est le fait que l'effondrement de la muscularis mucosæ signe indubitablement un cancer invasif.

La plupart des auteurs admettent qu'il existe trois stades évolutifs de dégénérescence :

— *Au stade de début*, au cours duquel les modifica-

tions sont d'ordre nucléo-cellulaire. C'est la *phase d'anaplasie*. En un point de la tumeur :

- Les cellules épithéliales deviennent moins hautes, non secrétantes, basophiles.
- Les noyaux moins franchement ovalaires, irréguliers, fortement hyperchromatiques ; peu à peu, ceux-ci perdent leur situation normale dans la cellule et la polarisation cellulaire disparaît.
- Les mitoses sont fréquentes, diversement orientées.

Selon les auteurs diverses appellations ont été données à ce stade :

- *Anaplasie* selon Arnous (5).
- *Polype avec atypisme* selon Bacon (6), Welch (58), Binkley (11).
- *Carcinome « in situ »* selon Fisher (27).

Il semble cependant que ce dernier terme, convienne assez peu pour qualifier ces anomalies nucléo-cellulaires, car c'est leur attribuer exagérément la signification d'une malignité formelle.

— *Le deuxième stade* comporte des irrégularités dans la disposition architecturale des cellules, des glandes et de l'épithélium.

On constate :

- Un épaississement de l'épithélium avec stratification cellulaire.
- Une prolifération glandulaire intense avec déformation et irrégularité de celle-ci.
- Un comblement du canal glandulaire.

Le seul caractère obligatoire est l'absence d'invasions de la basale. C'est ici qu'il est possible de parler de carsinome « *in situ* », car nous sommes en présence d'une tumeur avec anomalies nucléo-cellulaires indentiques à celle du carcinome, au niveau d'un tissu épithélial et glandulaire, fortement remanié, sans qu'il y ait rupture de la muscularis mucosæ.

La coexistence de ces deux critères nucléo-cellulaires et architecturaux permet de porter un diagnostic de malignité. C'est ce qu'admettent certains auteurs tels que Arnous (5), Bacon (6), Fisher (27), Swinton (56),

— Un seul critère signe indiscutablement la malignité, c'est l'envahissement de la muscularis mucosæ. C'est l'élément fondamental du *troisième stade évolutif* ou *stade d'invasion.*

C. *Extension locale*

Un élément important intervient dans l'évolution du processus dégénératif, c'est le siège et le degré d'envahissement du foyer de malignité. Il peut être localisé au sommet du polype, au centre de celui-ci ou il peut déjà avoir atteint la base du polype. L'extension à la base est un élément pronostic important, car elle rend une invasion lymphatique et vasculaire plus probable qu'une lésion demeurant localisée au sommet d'un polype pédiculé par exemple.

Il faut donc insister sur la nécessité d'examiner histologiquement, d'une manière très soignée, la base du polype. Il faut enfin pratiquer de multiples coupes sur

une pièce opératoire pour bien délimiter la foyer de dégénérescence.

D. *Résultats*

A titre strictement indicatif, car on conçoit la difficulté d'une telle classification, nous donnerons quelques chiffres sur la fréquence des polypes et tumeurs villeuses à chacun de ses stades évolutifs.

Il convient toutefois de faire une extrême réserve sur de tels résultats, car divers facteurs interviennent pour modifier les proportions, tels que :

- le nombre de coupes qu'examine l'Histologiste ;
- le siège des coupes ;
- le facteur d'appréciation personnelle, qui rend toute comparaison délicate entre les statistiques des différents Anatomo-pathologistes.

— Sur les 30 polypes ou tumeurs villeuses dégénérés que le Docteur Moreau a observés, dans 25 cas il a trouvé un *adéno-carcinome invasif* certain ; dans 5 cas il a observé un *carcinome* « *in situ* » suffisamment développé pour qu'on considère la tumeur comme dégénérée. Mais sur les 79 tumeurs bénignes qu'il a examinées, il a observé dans 12 cas des atypies nucléo-cellulaires qui peuvent s'intégrer dans le cadre des *polypes avec atypisme* nécessitant une surveillance toute particulière.

D'autres statistiques ont été publiées. Ainsi Bacon (6), sur les 147 polypes étudiés, a isolé :

- Polypes bénins 65
- Adénomes avec atypisme 61

- Cancers « in situ » 16
- Adéno-carcinomes invasifs 5

De même FISHER (27), sur 27 polypes dégénérés, a observé :

- Carcinomes « in situ » 14
- Adéno-carcinomes invasifs 7

En conclusion

C'est grâce à ces deux aspects histologiques de *polypes avec atypisme* d'une part, et de *carcinomes « in situ »* d'autre part, *que l'on prend conscience de la signification du polype en tant qu' « état pré-cancéreux »*. C'est au niveau de ces deux formes que se situe la démarcation entre la bénignité et la malignité.

CLINIQUE

Nous avons utilisé 34 observations que nous avons recueillies, soit dans le service du Professeur DARNAUD, soit dans les dossiers personnels du Docteur VOISIN. Tout au long de cette étude nous confronterons les notions qu'elles nous ont apportées avec les données de la littérature. Nous avons scindé cette étude en cinq parties :

— Polypes Bénins.
— Polypes Dégénérés ;
— Polypes associés à un Cancer ;
— Tumeurs Villeuses Bénignes ;
— Tumeur Villeuses Dégénérées.

POLYPES BENINS

Dans un premier temps nous envisagerons les différents signes cliniques et paracliniques qui sont propres à ce genre de tumeur et secondairement, nous illustrerons cette étude avec les observations correspondantes.

I. — Signes fonctionnels

A. *Hémorragies :*

C'est l'hémorragie qui est dans la grande majorité des cas, le symptôme révélateur. L'homorragie du polype présente quelques caractères particuliers :

— C'est du sang rouge qui est émis dans tous les cas. Il apparaît sous deux formes :

- soit en dehors des selles ou encore recouvrant celles-ci ;
- soit sous forme de glaires sanguinolentes accompagnant les selles (Obs. 9).

L'abondance de l'hémorragie peut être notable :

- en raison de sa durée ce qui est rare ;
- en raison de son volume, au cours d'une émission unique.

— La survenue est brutale, inopinée, par crise. Ainsi 4 malades ont pu préciser la date et l'heure de l'hémorragie initiale (Obs. 3, 4, 6 et 7).

La durée est variable, souvent quelques heures, puis elle cesse (Obs. 4, 7). Parfois elle dure plusieurs mois et plusieurs années. Un malade a conservé une émission de glaires sanglantes pendant plus d'un an (Obs. 1).

Charles Debray (18) a particulièrement insisté sur leur apparition très antérieure : 3 ans dans un cas. En fait, elle est très difficile à distinguer cliniquement de l'hémorragie hémorroïdaire, d'autant plus que la coexistence n'est pas rare.

L'hémorragie est donc un signe capital, incitant le malade à consulter dans 7 cas sur 10 ; cette proportion semble conforme à la plupart des chiffres rencontrés dans les publications. Sandusky (52) observe un saignement dans 80 % des polypes bénins ; Grinnel (33) en rencontre dans 52 % ; de Muth (21) dans 50 % et Swinton (56) dans 46 %.

B. *Autres signes*

— *L'alternance de diarrhée et de constipation* a été observée dans un cas (Obs. 1). Le polype longuement pédiculé était haut situé par rapport à la charnière recto-sigmoïdienne, ce qui joue certainement un rôle dans l'apparition de ce symptôme.

La diarrhée a été observée dans un cas, de même que la constipation.

— *Un syndrome colique* a été noté dans deux cas,

sans qu'on puisse isoler un caractère particulier, si ce n'est l'évolution très lente (Obs. 8, 9).

— *Les signes rectaux*, tels que douleurs anales, pesanteurs, faux besoins dominent le tableau clinique chez un malade (Obs. 5).

Tous ces symptômes sont beaucoup moins fréquents que l'hémorragie. Ce fait est confirmé par tous les auteurs. Castro (14) ne rencontre constipation et diarrhée que chez 65 malades sur 280 examinés. Sandusky (52) n'observe les douleurs ano-rectales que dans 5 % des cas.

Cependant parmi les autres symptômes, il faut citer le *prolapsus du polype* dans le canal anal que Sandusky (52) a observé dans 25 % des cas. Nous n'avons jamais rencontré de polypes ainsi extériorisés. Cette forme est assez fréquemment rencontrée chez l'enfant.

Enfin un certain nombre de polypes demeurent totalement asymptomatiques : seule la recto-sigmoïdoscopie systématique les met en évidence. Nous avons vu ailleurs leur fréquence.

II. — Toucher rectal

Pratiqué en décubitus dorsal et latéral, cuisses hyperfléchies sur le bassin, c'est un examen indispensable avant la rectoscopie. Il est évident qu'il ne peut être d'un appoint quelconque pour le diagnostic d'un polype, que dans la mesure où celui-ci est à moins de 8 à 10 cm de la marge de l'anus. Sur les 9 polypes bénins qui sont étudiés ici, le toucher rectal a permis d'atteindre à la tumeur dans deux cas (Obs. 5, 9). Une masse ferme, sans dureté, arrondie, mobile a pu être ainsi perçue.

En effet, l'intérêt du toucher rectal est d'apprécier :

- la forme arrondie ;
- la mobilité ;
- le caractère hémorragique ou non ;
- l'état de la muqueuse environnante qui doit avoir conservé sa souplesse.

Tels sont les caractères classiques des polypes bénins.

Cependant, même en présence de polypes bas situés, ce toucher rectal peut être difficile et pauvre en enseignement, car lorsque la tumeur est mobile elle est refoulée par l'extrémité du doigtier. Ce procédé d'examen de l'ampoule rectale est donc en matière de tumeur bénigne d'une efficacité inégale : on peut ne pas percevoir un petit polype ou perdre son contact en cours d'examen. De toute manière c'est un geste qui doit précéder toute endoscopie.

III. La recto-sigmoïdoscopie

C'est le temps essentiel de l'examen ; il doit être pratiqué sur un intestin parfaitement préparé et avec un éclairage suffisant. Sur les 9 observations, le polype bénin a pu être vu par endoscopie 8 fois. Le diagnostic de polype a été porté 7 fois sur la seule vue de la tumeur, avant tout examen histologique. Dans un cas, la vue d'une tumeur bourgeonnante et hémorragique pourrait évoquer davantage l'aspect d'un cancer (Obs. 2).

La recto-sigmoïdoscopie doit permettre d'apprécier les caractères du polype :

- sa forme ;

- sa surface, lisse ou grenue, souvent mamelonnée et inégale ;
- son volume ;
- sa couleur, souvent à peine différente de celle de la muqueuse avoisinante ;
- son mode d'implantation. sessile ou pédiculé ;
- l'aspect normal de la muqueuse environnante ;
- sa consistance et celle de sa base, ferme sans induration.

Cependant cet examen endoscopique n'est pas toujours dépourvu de difficultés. Un polype longuement pédiculé peut être refoulé par la progression du rectoscope. De petits polypes peuvent passer inaperçus, car insérés derrière une valvule. Il est donc extrêmement important d'effectuer l'examen, non seulement à l'aller mais aussi au retour de l'instrument. Il faut dans la mesure du possible poursuivre l'examen à la recherche d'une lésion sus-jacente.

Charles Debray (18) insiste sur deux notions importantes :

- la nécessité de pratiquer la rectoscopie en période hémorragique, pour éliminer un saignement d'origine hémorroïdaire ;
- la mobilité extrême de certains polypes longuement pédiculés qui peut tromper sur la localisation de ceux-ci.

Bien entendu, l'immense valeur de la rectoscopie est limitée par la possibilité de progression de l'instrument qui est variable selon les malades ; c'est ainsi que dans l'observation 8, il n'était pas possible de voir le

polype en rectoscopie, vu son implantation sur un sigmoïde fixé par un méso court. A cet égard, la constatation de traces de sang dans l'ampoule rectale, en dehors de toute autre anomalie, constitue un signe qui doit inciter à rechercher par d'autres examens une tumeur susjacente.

IV. — Biopsie

La rectoscopie permet cette biopsie. Elle doit être pratiquée sur un polype d'un certain volume au niveau de zones qui peuvent paraître suspectes de dégénérescence et au niveau de la base d'implantation. Elle confirme la nature adénomateuse de la tumeur. En fait, seule la biopsie-exérèse permet d'avoir une quasi certitude sur la nature bénigne du polype. Elle réalise en même temps le traitement et l'étude histo-pathologique de la pièce.

V. — Examen radiologique

Dans le cas de polypes du sigmoïde, c'est le complément indispensable de la recto-sigmoïdoscopie. En effet, c'est au-delà de l'ampoule rectale que la radiographie reprend toute sa valeur, de même lorsque les possibilités de progression du rectoscope sont limitées.

La technique doit être parfaite, car la recherche des tumeurs est difficile à déceler dans une région où l'exploration radiologique est délicate.

On doit faire appel :

- à la compression externe ;

- aux techniques de déroulement du sigmoïde par vessie pleine ;
- aux rayons obliques et aux clichés de profil ;
- à des clichés de remplissage, d'évacuation, d'insufflation ;
- rarement aux modificateurs du comportement.

L'aspect radiologique du polype bénin doit être étudié à 3 points de vue :

— *Le polype*, qui se traduit par une image généralement ronde, de contours nets, parfois bi ou tri-lobée.

— *Le pédicule*, qui doit être recherché systématiquement sous l'aspect d'une bande claire, très mince et étroite, située en amont ou en aval du polype.

— *La base d'implantation*, qui se traduit sur le bord colique par une petite dépression « en coup de gouge » qui correspond à l'amorce d'invagination.

Le lavement baryté nous a permis de faire le diagnostic de polype du sigmoïde qui était hors d'atteinte du sigmoïdoscope (Obs. 8). Chez un autre malade, le lavement baryté avait mis en évidence une image de polype au niveau de la partie haute du sigmoïde, mais la rectoscopie a permis de le retrouver au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne, ceci en raison d'un long pédicule qui autorisait cette mobilité (Obs. 1). Dans quatre autres cas de polypes bénins situés dans le bas-sigmoïde et le rectum, le lavement baryté n'a pas permis de mettre en évidence la tumeur.

Cependant, un certain nombre de remarques s'imposent. Le lavement baryté est un moyen de diagnostic

extrêmement trompeur quand on veut explorer le rectum. De Muth (21) insiste particulièrement sur cette difficulté de l'examen radiologique dans les 17 derniers centimètres de l'intestin. Sur 63 polypes visibles en sigmoïdoscopie, 24 seulement soit 38 % ont été retrouvés par lavement baryté.

Par contre, le lavement reprend tout son intérêt dans la recherche de lésions associées. Ainsi sur 80 malades porteurs de cancers avec polypes associés, cet examen a permis à ce même auteur de faire dans 26 % des cas un diagnostic ignoré par la seule endoscopie.

Inversement, Arnous (4) rapporte deux cas de polypes du sigmoïde affirmés par la radio et non perçus par le chirurgien à l'intervention.

Enfin Charles Debray (18) insiste sur la mobilité des polypes et donc sur la nécessité de rechercher soigneusement le pédicule ou la base d'implantation ainsi que sur les modifications des parois coliques voisines : états irritatifs ou ébauche de volvulus.

*
**

OBSERVATIONS

Nous avons pu recueillir 9 Polypes de ce type.

Observation 1

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. C... (Paul), 67 ans, émet pendant 4 jours, en juin 1955, une diarrhée glaireuse avec sang rouge. Depuis cette

époque, ce malade constate une alternance de diarrhée et de constipation avec émission de glaires sanguinolantes, et des douleurs sourdes, continues, dans le bas-ventre, irradiant vers le coccys.

Il est hospitalisé en juin 1956.

Le toucher rectal ne permet pas d'atteindre la tumeur.

La rectoscopie montre un polype rectal à long pédicule.

La biopsie avec l'examen histologique conclue à un polype avec muqueuse hyperplasique et villosités épaisses.

Le lavement baryté montre une tache opaque au bord de la partie haute du bord interne du colon sigmoïde.

L'ablation est effectuée en octobre 1956, par voie trans-anale. L'examen histologique confirme le diagnostic.

Observation 2

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. S... (François), 65 ans, ancien colonial, présente depuis 1953 des troubles diarrhéiques, passagers d'abord, puis se renouvelant par crises de plus en plus intenses, les périodes de rémission étant de plus en plus courtes.

Ce malade, chez lequel évolue en outre une néphrite chronique, est hospitalisé en septembre 1959 pour crises coliques avec débacle diarrhéique et amaigrissement de 8 kg en 1 an.

Le toucher rectal n'a pas permis d'atteindre une lésion rectale.

En rectoscopie, on note, à 12 cm, un tumeur bourgeonnante, hémorragique.

L'examen histologique après biopsie conclut : polype glandulaire fortement hyperplasique, mais sans caractère de malignité.

Décédé en octobre 1959 en azotémie terminale avant que l'état général du malade permette l'intervention.

Observation 3

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. D... (Georges), 46 ans, se plaint depuis 1943 d'épisodes diarrhéiques fréquents. Mais le 21 mai 1958, il présente brutalement une hémorragie rectale de sang rouge, abondante, isolée. A l'entrée dans le Service, on note un mauvais état général avec asthénie, pâleur et anémie à 3 500 000 G.R.

En rectoscopie, on voit à 10 cm une formation polypeuse sous une muqueuse non modifiée, mais ferme, au contact de l'instrument, muqueuse fragile et hypervascularisée.

La biopsie n'a pas pu ramener suffisamment de muqueuse.

L'examen histologique, après ablation de la tumeur, a conclu à un polype sans signe de malignité.

***

Observation 4

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. F... (Frédéric), 72 ans, très difficile à interroger, a présenté le 26 janvier 1960, une hémorragie brutale de sang rouge.

En anuscopie, on constate la présence d'une importante couronne hémorroïdaire.

La rectoscopie permet de découvrir à 13 cm une muqueuse fragile, irritée, saignant au contact, face à une prolifération d'aspect polypoïde, la muqueuse restant très souple.

L'examen histologique, fait après plusieurs prélèvements biopsiques, conclut à un polype glandulaire de la muqueuse colique, sans caractère de malignité.

Ce malade quitte le service sur sa volonté, sans traitement.

Observation 5

(*Professeur* Ch. Darnaud)

Mme P... (Elise), est hospitalisée pour poussée hémorroïdaire, avec sensation de brûlure et de pesanteur. Cependant, elle ne constate jamais la présence de sang dans les selles.

En rectoscopie, on a découvert un petit polype ulcéré de la muqueuse rectale à 15 cm.

La biopsie a confirmé la nature adénomateuse de cette tumeur, de même que *l'examen histologique* après ablation par voie basse.

⁂

Observation 6

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. B... (Julien), 54 ans, présente, le 26 décembre 1956 dans la nuit, une hémorragie rectale importante, faite de sang pur, non mêlé à des matières ; l'hémorragie dure 3 jours.

En rectoscopie, nous avons vu une muqueuse fragile, saignant au contact du tube ; l'endoscope permettra de découvrir à 13 cm un polype pédiculé.

La biopsie conclut à un polype du rectum très hyperplasique, mais sans caractères de malignité.

Après intervention par voie basse, *l'examen histologique* confirme le caractère bénin de la lésion.

⁂

Observation 7

(*Docteur* R. Voisin)

Mlle P. (Marie-Claire), 16 ans, a présenté, il y a quelques jours, une petite hémorragie intestinale isolée.

Le toucher rectal n'a rien mis en évidence.

La rectoscopie montre, sur la paroi latérale, un polype pédiculé de la grosseur d'une noix.

La biopsie conclut à un polype adénomateux bénin, ce qu'a confirmé *l'examen histologique* après ablation par voie basse.

***

OBSERVATION 8

(*Docteur* R. VOISIN)

Mme de V..., 52 ans, présente, depuis quelques semaines, un syndrome colique banal.

Le toucher rectal et la *rectoscopie* n'ont pas permis de mettre en évidence une lésion recto-sigmoïdienne.

Le lavement baryté a montré une image de polype typique, au niveau du sigmoïde, de la taille d'un gros pois.

***

OBSERVATION 9

(*Docteur* R. VOISIN)

Mme A..., 55 ans, vient consulter pour des troubles coliques anciens ; par ailleurs, elle note depuis deux mois des petites émissions sanguinolantes dans les selles.

Le toucher rectal a montré une petite tumeur ferme, sans dureté, à bout de doigt sur la face postérieure du rectum.

La rectoscopie permet de voir une tumeur pédiculée, du volume d'une noisette.

La biopsie permet de conclure à un polype hyperplasique sans malignité, ce qui sera confirmé par *l'examen histologique* après ablation par voie basse.

POLYPES DEGENERES

Plus qu'à une étude détaillée de ce type de tumeur, nous nous sommes appliqués à isoler les éléments cliniques qui les distinguent de la forme bénigne.

I. — Signes fonctionnels

Comme le démontre l'étude des observations qui suivent, il est souvent bien difficile d'isoler les critères cliniques de malignisation. On rencontre les mêmes symptômes que dans les polypes bénins et même dans leur évolution, ils présentent fort peu de particularités.

A. *Hémorragies*

Sur les 7 malades observés, 5 ont constaté la présence d'hémorragies intestinales, chaque fois il s'agissait de sang rouge. Dans 4 cas ce saignement se présentait sous formes de glaires sanguinolentes persistant depuis un à deux mois. Dans un cas seulement le premier symptôme a été une hémorragie brutale, entraînant un état lipothymique (Obs. 15). On a donc l'impression que l'émission de glaires sanguinolentes prend le pas sur l'hémorragie de sang pur.

B. *Autres signes*

— *Les troubles ano-rectaux* sont également fréquents, faits de douleurs anales, de faux besoins, de ténèsme. Dans une observation ces signes dominent le tableau clinique (Obs. 16).

— *L'alternance de diarrhée et de constipation* ou plus fréquemment les diarrhées glaireuses n'ont pour caractères particuliers que leur persistance pendant plusieurs semaines.

— Dans deux cas, les douleurs de l'hypocondre et de la fosse iliaque gauche, à type de *crise colique*, occupent une place importante dans le tableau clinique (Obs. 11 et 14).

— Dans deux autres cas, c'est l'*intervention chirurgicale* pour occlusion ou pour abcès de la fesse qui a amené la découverte du polype.

— Enfin l'*atteinte de l'état général, sous forme* d'anémie et d'amaigrissement, a été observée dans la moitié des polypes dégénérés.

— Une forme particulière a été décrite successivement par Charles Debray (18) et par N. Fraisse (28) ; c'est un état infectieux avec signe de colites, diarrhée, glaires sanglantes parfois purulentes, tumeur dans la fosse iliaque gauche. Un tel tableau, correspondant à une poussée inflammatoire au niveau des lésions, s'observe également au cours des cancers infectés et des sigmoïdites diverticulaires. Mais la différence entre le cancer et le polype dégénéré tiendrait, d'après ces auteurs, au fait que dans ce dernier cas, la régression des signes infectieux s'accompagne de la régression de la tumeur.

De ceci il faut retenir, qu'il n'y a pas de caractères pathognomoniques de la dégénérescence mais qu'un certain nombre de signes doit faire naître un soupçon.

II. Toucher rectal

Chez les quatre malades dont le polype était accessible au toucher rectal, celui-ci apporte un certain nombre de précisions sur :

- la forme de la tumeur ;
- l'existence d'une induration ;
- le saignement au contact.

Dans un cas seulement, la forme polypoïde de la tumeur a été reconnue à cet examen ; les autres ont été qualifiées de tumeurs bourgeonnantes (Obs. 13). Dans un cas, on a constaté un saignement au contact mais sans induration (Obs. 13). Dans deux cas, la malignité de la tumeur a été affirmée d'emblée au toucher rectal, en raison de l'induration (Obs. 10 et 14). Dans un autre cas le toucher rectal avait conclu à la bénignité (Obs. 15).

Les données du toucher rectal, bien qu'elles ne soient pas formelles, ont cependant une importance capitale. On n'oubliera pas que lorsque les conclusions de l'examen paraissent rassurantes, la possibilité de dégénérescence n'est pas pour autant éliminée ; par contre *lorsque les conclusions vont dans le sens d'une transformation du polype, on devra se conduire en pratique comme si celle-ci était certaine, quel que soit le résultat de la biopsie* (Obs. 14).

III. — Recto-sigmoïdoscopie

Elle a pour but de rechercher les signes qui peuvent évoquer la malignité au niveau de la tumeur. L'aspect irrégulier, bourgeonnant, hémorragique, l'induration du pédicule et de la base d'implantation perçus avec l'extrémité du rectoscope ou de la pince à biopsie, sont des éléments de grande valeur. Un tel aspect simule la néoplasie, mais l'existence d'un pédicule permet de penser à un polype dégénéré.

Sur les 6 polypes dégénérés qui ont été vus en rectoscopie :

- Deux fois, le diagnostic de cancer a été porté Obs. 10 et 14).
- Trois fois, le polype paraissait bénin (Obs. 12, 13, 15).
- Une fois seulement, on a parlé d'emblée de polype dégénéré (Obs. 16).

L'apport de la rectoscopie est double :

— D'une part, *rechercher des signes en faveur de la dégénérescence sur une tumeur qui a l'aspect d'un polype bénin.*

— D'autre part, *rechercher un pédicule et une forme polypoïde face à une masse qui évoque sans hésitation un carcinome ;* ce point, moins important, peut avoir toutefois un intérêt au point de vue pronostic.

IV. — Biopsie

Son importance est grande, car c'est de l'examen histologique que va découler l'indication opératoire. Elle

doit toujours être pratiquée dans la zone la plus suspecte et au niveau de la base d'implantation.

De toute manière, face à un polype qui est suspect en rectoscopie, une règle s'impose : *on ne peut attacher une valeur formelle qu'à la malignité ; l'aspect bénin du tissu biopsé n'élimine pas la dégénérescence, car celle-ci peut-être localisée.*

Sa valeur n'est pas formelle ; en effet, seule une biopsie positive fournit une conclusion absolue. *On ne devra tenir aucun compte d'une biopsie bénigne, lorsque les autres arguments plaident en faveur de la malignité.* Aussi pour donner à cette exploration le maximum de valeur, convient-il de recueillir plusieurs fragments de tumeurs, en des endroits différents, et de les prélever le plus largement possible.

V. — Examen radiologique

On ne peut que décrire des signes qui sont en faveur d'une dégénérescence. Cependant, certaines images sont assez typiques :

— *Le corps du polype* se traduit par une lacune marginale à contours assez irréguliers. Cette image polycyclique est assez étendue, occupant parfois une grande partie de la lumière colique. La totalité de l'image opposée à la lacune est en général respectée.

— *La base d'implantation* qui se confond plus ou moins avec le polype est moins large que la tumeur.

— *La paroi colique*, au voisinage de la tumeur, reste souple ; aussi lorsqu'elle n'est pas envahie vient-elle

recouvrir la base d'implantation, formant un bouffant qui se traduit sur les clichés par une sorte de crochet surplombant le pédicule. Cet aspect réalise l'« image en tenaille ». Les réactions du colon demeurent minimes : quelques spasmes, un léger état irritatif. Il faut signaler qu'au cours des poussées inflammatoires, on peut constater une disparition du bouffant et une rigidité passagère de la paroi.

Dans nos observations de polypes dégénérés, le lavement a mis en évidence une image polypeuse chez 3 malades ; elle se présentait sous forme de la classique image lacunaire, telle que nous l'avons décrite. Il s'agissait dans les trois cas de polypes de la charnière recto-sigmoïdienne.

En conclusion :

Il faut insister sur l'*absence de critères cliniques formels de dégénérescence en dehors de l'induration*, caractère de très grande valeur. *Il faut être extrêmement prudent devant les résultats de la biopsie qui sont souvent trompeurs*. Le dernier mot revient à l'Histologiste, examinant avec minutie la pièce opératoire.

⁂

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli sept observations de Polypes présentant des plages de dégénérescence démontrées histologiquement.

Observation 10

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. B... (Dominique), 71 ans, est hospitalisé le 28 avril 1958 pour un abcès de la fesse gauche avec syndrome ano-rectal.

Le toucher rectal permet de percevoir une sténose compète du canal anal qui se laisse franchir douloureusement, le doigtier revenant souillé de sang.

L'examen histologique, après *biopsie,* répond : épithélioma cylindrique glanduliforme du rectum, pouvant être considéré comme un polype dégénéré.

Le malade quitte le Service, refusant toute intervention.

⁂

Observation 11

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. M... (Charles), 55 ans, est traité depuis 1950 pour amibiase intestinale. En avril 1956, ce malade présente une douleur de l'hypocondre gauche et note la présence dans les selles, de nombreux fragments de muqueuse avec boules ressemblant à des polypes. En juillet 1956, en raison de l'amaigrissement et de l'altération de l'état général, une parasitologie des selles confirme la présence d'amibes dysentériques. Brutalement s'installe une occlusion, obligeant le Docteur Bastide à intervenir d'urgence. Il découvre une tumeur de la grosseur d'une mandarine sur le colon sigmoïde ; il fait un anus transverse.

Par la suite :

Un lavement baryté montre une image lacunaire irrégulière de la partie supérieure du colon sigmoïde.

Le deuxième temps de l'intervention permet une résection un colon sigmoïde et le rétablissement du transit.

L'examen histologique (Docteur G. Moreau) répond : « Polype très suspect de dégénérescence ; volumineuse

frange polypeuse à revêtement épithélial hyperplasique, activité mitotique intense, atypies épithéliales nombreuses. Il ne s'agit pas d'un polype inflammatoire, mais d'une formation tumorale vraie, associée à une dysenterie amibienne ».

Le 14 mai 1957, le malade est de nouveau hospitalisé pour métastases ganglionnaires et hépatiques.

⁂

OBSERVATION 12

(*Professeur* Ch. DARNAUD)

M. T... (Bénito), 57 ans, est hospitalisé le 26 novembre 1957 pour épisode grippal avec manifestations pulmonaires et cardio-vasculaires. A l'interrogatoire, on découvre des hémorragies intestinales de sang rouge et des troubles de la défécation.

En rectoscopie, on note la présence d'un petit polype pédiculé du rectum très hémorragique.

La biopsie conclut à un polype glandulaire, hyperplasique hypersécrétant. Lésion suspecte à surveiller, sans qu'on puisse parler de dégénérescence.

L'ablation du polype par voie basse permet un *examen histologique* plus complet :

— Polype rectal présentant en un point dans le plan profond des acinis hyperchromatiques ayant perdu toute propriété sécrétoire et refoulant en la dissociant la muscularis mucosæ. Lésion extrêmement suspecte, en cours de dégénérescence.

Ce malade a été de nouveau examiné en août 1958 ; son état général était très satisfaisant.

⁂

Observation 13

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. R... (Emilien), 73 ans, est un éthylique ancien qui constate, en juin 1959, l'émission de sang par l'anus, se reproduisant chaque jour, sous la forme de glaires sanguinolentes. En août 1959, il est hospitalisé.

Le toucher rectal permet de percevoir une petite tumeur pédiculée, faisant saillie dans l'ampoule rectale ; sa consistance est molle ; il n'y a pas d'induration sur les parois ; elle est située à 15 cm.

En rectoscopie, on note la présence, en pleine ampoule rectale, d'une petite masse d'aspect polylobé, mobile, non hémorragique au toucher, s'implantant par un pédicule sur la paroi antéro-latérale droite du rectum. A noter une sécrétion abondante d'aspect séro-hématique.

La biopsie conclut à un polype glandulaire rectal fortement hyperplasique, mais sans dégénérescence. L'évolution lointaine de cette lésion est à surveiller. Le 11 septembre 1959, après intervention par voie basse, *l'examen histologique* montre que : « la base du polype est infiltrée par plusieurs tubes glandulaires et par de grandes flaques de mucus dont l'origine est néoplasique ».

⁂

Observation 14

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. T... (Maurice), 46 ans : a subi, en 1932, une intervention pour « Polype hémorroïdaire du Rectum ». En 1941, une nouvelle intervention s'impose pour « Polype Rectal ». En janvier 1960, ce malade est hospitalisé pour syndrome colique avec :

— douleurs abdominales hautes, au niveau du colon transverse ;
— diarrhées glaireuses et sanglantes ;
— faux besoins ;

— hémorragies de sang rouge.

Ce syndrome qui dure depuis un mois et demi environ, s'accompagne d'un amaigrissement important.

Le toucher rectal permet de percevoir, à bout de doigt, une masse indurée et bourgeonnante.

En rectoscopie, on constate la présence de douleurs fort suspectes, avec masse tumorale en choux-fleur, fortement hémorragique.

L'examen histologique après *biopsie* conclut cependant à un poylpe glandulaire du rectum sans signe de malignité.

Deux semaines après, une nouvelle biopsie décèle cette fois-ci un épithélioma cylindrique glanduliforme, il s'agit d'un aspect typique du polype dégénéré.

Le lavement baryté montre une très mauvaise imprégnation de l'ampoule rectale avec image lacunaire.

Le 28 janvier 1960, l'intervention permet de voir, non seulement une masse fixe entourant l'ampoule rectale, mais aussi des métastases hépatiques multiples.

La lésion est au-delà de toute possibilité thérapeutique.

Le malade est décédé le 8 avril 1960.

Observation 15

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. D... (Bernard), 75 ans, présente brutalement, le 11 mars 1958, une abondante hémorragie de sang rouge entraînant un état lipothymique. Le malade est hospitalisé d'urgence ; on ne note aucun antécédent digestif.

Au toucher rectal, on perçoit le pôle inférieur d'une tumeur, saignant au contact, et dont la limite supérieure est difficile à préciser.

En rectoscopie, on observe à 6 cm de l'anus, sur la face antérieure de l'ampoule, une petite masse végétante,

friable, d'aspect muriforme, légèrement hémorragique et fixée à la paroi par un court pédicule. L'ensemble évoque un polype sessile non dégénéré ; la muqueuse rectale environnante a un aspect normal.

L'examen histologique après *biopsie* répond : « Polype glandulaire fortement hyperplasique ».

Mais après l'exérèse du polype, un nouvel *examen histologique* conclut : « Polype dégénéré du rectum ».

Le 10 mai 1960, le malade est de nouveau hospitalisé ; depuis l'intervention, il note de nouvelles hémorragies ; mais un nouveau bilan n'a pas permis de découvrir d'autres lésions de l'intestin.

⁂

Observation 16

M^me^ C... (Berthe), 40 ans, constate, depuis le mois de mai 1959, une alternance de diarrhée et de constipation.

En septembre 1959, apparaissent les douleurs anales, empêchant la position assise, irradiant dans le pubis. Cette malade note la présence de sang dans les selles :

— sang rouge avec caillot, ou
— glaires sanguinolentes.

Le syndrome ano-rectal s'accentue, tenesme, épreintes, etc... Enfin un amaigrissement de 5 kg en 2 mois et demi incite M^me^ C... à se faire hospitaliser.

Le toucher rectal est impossible, en raison de la contracture sphinctérienne.

La rectoscopie met en évidence, à 10 cm du canal anal, une grosse formation polypoïde, couvrant presque entièrement la charnière recto-sigmoïdienne.

Le lavement baryté confirme la présence d'une lacune de tonalité à la jonction recto-sigmoïdienne.

L'examen histologique après *biopsie* répond : « fragment de Polype glandulaire sans signe de malignité ».

L'intervention par voie abdominale permet de consta-

ter la présence d'une volumineuse tumeur de l'ampoule rectale avec de nombreuses adénopathies et d'une volumineuse métastase hépatique du volume d'un œuf de poule.

On termine par une colostomie iliaque gauche.

Nouvelle hospitalisation le 19 mai 1960, l'état de la malade s'est considérablement aggravé.

POLYPES BENINS ASSOCIES A UN CANCER

Il nous a été possible de recueillir 10 observations de polypes associés à un cancer. Cette constatation, fréquente dans les cas de polypose diffuse, n'est pas exceptionnelle dans le cas de polypes solitaires.

Il va sans dire que le cancer domine le tableau et que la découverte du polype associé est d'un intérêt pratique très secondaire.

I. — Signes fonctionnels

Les signes fonctionnels habituellement observés dans le cancer du rectum, ne semblent que peu modifiés par la coexistence de polypes.

II. — Toucher rectal

Chez 8 malades, le cancer a pu être diagnostiqué par cet examen ; le polype n'a pas été perçu puisqu'il était toujours en aval de la tumeur et souvent nettement plus haut. Dans un cas cependant, on peut noter, distincte du cancer, l'existence d'une masse polypoïde dont la nature polypeuse ne put, toutefois, être franchement déterminée par ce seul examen.

III. — Recto-sigmoïdoscopie

Le diagnostic de l'association polype-cancer par l'endoscopie dépend de la possibilité de dépasser la lésion la plus basse pour examiner la muqueuse sus-jacente. Sur 10 observations comportant cette association, une fois seulement, elle put être reconnue. Dans les 9 autres cas par contre, une seule des deux lésions a été mise en évidence. Une telle éventualité ne comporte pas d'incidence dramatique, lorsque c'est le polype qui est ignoré, ce qui fut d'ailleurs le cas de 8 de nos malades. La situation inverse peut être, au contraire, beaucoup plus grave ; tel fut le cas de l'observation 18, où un polype volumineux obstruait la lumière rectale : le chirurgien, opérant par voie basse, l'enleva ignorant un cancer sus-jacent ; une rectoscopie faite les jours suivants en raison de la persistance des hémorragies permit alors de découvrir le cancer.

IV. — Lavement baryté

C'est le plus sûr appui dans la recherche des polypes associés. Si la rectoscopie permet surtout de déceler la tumeur distale, la radiographie peut atteindre plus facilement la région sus-jacente. Malheureusement, l'endoscopie devant précéder la radio, la découverte d'une tumeur incite à tort le Médecin à renoncer à un examen qui, dans le cas de tumeur de l'ampoule rectale, n'apporte que peu d'enseignements supplémentaires. Cette façon de faire, en réalité, prive souvent du moyen de compléter le diagnostic et de modifier l'indication opératoire.

V. — Intervention

Dans 9 cas sur 10, c'est l'examen de la pièce opératoire par le chirurgien et l'anatomo-pathologiste qui a permis de découvrir le ou les polypes associés. Dans l'observation 18, nous avons vu que la rectoscopie avait permis de découvrir successivement les deux lésions ; cette éventualité est très rare.

En résumé :

Il semble que :

— *Les polypes ne modifient pas sensiblement le tableau clinique du cancer.*

— *L'éventualité d'une association de tumeurs impose une exploration endoscopique et radiologique persévérante, même si la découverte d'une première lésion paraît justifier la clinique.*

— *Cette association pose toujours le problème des relations entre polype et cancer, bien que dans nos observations aucun des épithéliomas rencontrés n'ait semblé être un polype dégénéré.*

*
**

OBSERVATIONS

Observation 17
(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. M... (Blas), 56 ans, observe à la fin de 1955, une hémorragie de sang rouge assez importante. Depuis cet

incident initial, ses selles sont faiblement colorées de façon intermittente. Depuis mars 1957, le malade se plaint de douleurs anales, continues, transfixiantes, non modifiées par la défécation et de glaires sanguinolentes.

Le toucher rectal, sous anesthésie générale, permet de percevoir un rétrécissement bas situé, unique, infundibuliforme, bordé d'un bourrelet dur et irrégulier.

Il existe une coulée hyperplasique de 4 cm de long sur la face antérieure du rectum prolongeant le rétrécissement.

La rectoscopie, sous anesthésie générale, montre une muqueuse hyperplasique friable, fortement hémorragique, recouvrant le rétrécissement.

L'examen histologique après biopsie répond : « Epithélioma cylindrique glanduliforme du bas rectum ».

L'examen de la pièce d'amputation, confirmant la nature maligne de la lésion, permet de découvrir un polype du sigmoïde.

M. M... est revenu à la consultation en novembre ; son état général est satisfaisant.

Observation 18

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. D... (François), 6 ans, vient consulter en janvier 1959, car il constate, depuis septembre 1958, un besoin fréquent d'aller à la selle : 16 à 20 fois par 24 heures ; ces selles sont enrubannées, souvent pâteuses, accompagnées de glaires sanguinolentes ; l'amaigrissement est notable.

Le lavement baryté met en évidence des signes de colite spasmodique et une petite image de tonalité rectale.

En rectoscopie, on constate la présence, à 12 cm, d'un polype de la grosseur d'un abricot, en battant de cloche appendu à la face antérieure droite du Rectum. L'examen du tissu biopsié montre qu'il s'agit d'un polype rectal hyperplasique, sans signe de malignité.

L'intervention par voie basse consiste à une résection du polype avec Electro-coagulation.

Trois semaines après l'intervention, au cours d'un examen de contrôle, l'endoscopie met en évidence au-dessus du polype qui a été enlevé, une tumeur ayant l'aspect d'un cancer.

La biopsie confirme cette impression, mais le malade refuse toute intervention.

OBSERVATION 19

(*Professeur* Ch. DARNAUD)

M. R... (Louis), 57 ans, demande à être hospitalisé en juin 1959 pour une série de troubles qu'il attribue à des hémorroïdes :

— sang recouvrant les selles ;
— écoulement glaireux intermittent ;
— constipation habituelle ;
— faux besoins fréquents avec rejets de sang.

Or, depuis 15 jours, il présente, en plus, un syndrome douloureux de la fosse iliaque gauche à type de crise colique survenant après les repas.

En rectoscopie, on constate la présence, à 14 cm, d'une masse bourgeonnante tumorale, dure, hémorragique.

L'examen histologique après *biopsie* conclut à un épithélioma cylindrique.

L'amputation avec colostomie définitive et l'examen histologique, qui confirme le cancer du recto-sigmoïde, permet la découverte, quelques centimètres plus haut, d'un petit polype.

OBSERVATION 20

(*Professeur* Ch. DARNAUD)

M. C... (Charles), 56 ans, a subi en 1948 une gastrec-

tomie pour ulcus. Au début de 1958, apparaît une diarrhée, 4 à 8 selles par jour ; très souvent, ces selles sont enrubannées, portant quelques traces de sang ; l'amaigrissement est important : 5 à 6 kg.

Le malade est hospitalisé en juin 1959.

Le toucher rectal décèle une masse bourgeonnante, ulcérée, de la grosseur d'une pièce de un franc, très irrégulière, saignant au contact. Par ailleurs, sur la face postérieure de l'ampoule, la présence d'une masse dure, irrégulière, polylobée dont le pôle inférieur est à 3 cm du canal anal.

En rectoscopie, on voit une masse végétante développée au dépens de la face postérieure et de la face latérale du rectum.

L'amputation du rectum et l'examen de la pièce opératoire permettent de constater la présence, en plus de l'épithélioma, de deux petits polypes, un en aval, très proche du cancer, un en amont, quelques centimètres au-dessus. L'envahissement néoplasique est important.

M. C... est revenu en janvier 1960, son état général est très mauvais

OBSERVATION 21

(*Professeur* Ch. DARNAUD)

M. M... (Paul), 63 ans, signale dans ses antécédents, un épisode de dysenterie amibienne en 1924 et une cure d'hémorroïdes en 1942.

Ce malade est hospitalisé en janvier 1960, pour hémorragies de de sang rouge au moment des selles ayant débuté par deux émissions de 150 cc environ. Il constate l'apparition progressive d'un syndrome ano-rectal.

L'examen permet de noter la présence d'une tumeur de la fosse iliaque gauche.

Au toucher rectal, on perçoit, à bout de doigt, la présence d'une masse lisse et dure, implantée sur la face postérieure.

La rectoscopie montre une tumeur bourgeonnante à 15 cm.

Le lavement baryté permet de localiser le rétrécissement recto-sigmoïdien. Pas d'autres lésions radio-visibles.

Une résection recto-sigmoïdienne est pratiquée avec rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale.

L'examen de la pièce permet, en dehors de l'adéno-carcinome, de noter la présence, à 10 cm en amont, de deux petits polypes.

⁂

OBSERVATION 22

(*Professeur* Ch. DARNAUD)

Mme L... (Hortense), 74 ans, est en bonne santé jusqu'en septembre 1959 où elle note de petites hémorragies de sang rouge attribuées à des hémorroïdes. En octobre 1959, Mme L... observe un mœlena peu abondant. Enfin, le 26 février 1960, cette malade est hospitalisée pour hémorragie abondante de sang rouge.

Le toucher rectal et la *rectoscopie* permettent de mettre en évidence, au niveau du canal anal et à la partie basse de l'ampoule, une coulée néoplastique ayant envahi la paroi recto-vaginale.

L'examen histologique après biopsie conclut à un épithélioma cylindrique glanduliforme.

Cette tumeur de l'ampoule rectale, envahissant la cloison recto-vaginale, impose l'Amputation du Rectum, avec anus iliaque gauche.

L'examen histologique de la pièce opératoire permet la découverte, en plus de l'adéno-carcinome, de trois petits polypes sigmoïdiens.

En août 1960, Mme L... est revue pour un syndrome occlusif, exigeant une nouvelle intervention ; on découvre une sténose cicatricielle de l'anus iliaque gauche terminal. On pratique la résection de la zone sténosée.

Observation 23

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. T... (Philimon), 67 ans, est hospitalisé le 20 juin 1960 pour un syndrome dysentérique avec émission de selles sanglantes, rouges. L'amaigrissement est de l'ordre de 2 kg.

Au toucher rectal, on constate la présence, sur la face antéro-latérale gauche de l'ampoule, d'une petite masse végétante dure, légèrement hémorragique.

En rectoscopie, on retrouve la même masse végétante et infiltrante, strictement localisée sur la face antéro-latérale gauche. Le pôle supérieur arrive à la jonction recto-sigmoïdienne.

L'examen histologique après *biopsie* répond : « Adénocarcinome rectal ».

L'examen de la pièce, après amputation du rectum, a permis de confirmer la présence d'un adénocarcinome et a mis en évidence, au niveau du recto-sigmoïde, un petit polype glandulaire pédiculé, hyperplasique mais non dégénéré.

*
**

Observation 24

(*Professeur* Ch. Darnaud)

Mme P... (Marie) : constate, depuis le mois de novembre 1956, la présence de sang rouge mêlé aux selles. Ces selles sont suivies d'écoulement sanguinolent et glaireux.

En février 1957, devant la persistance de ces troubles et l'apparition d'un syndrome ano-rectal : faux besoins, tenesme et douleurs, la malade est hospitalisée.

Le toucher rectal, très douloureux, ne permet pas d'atteindre une tumeur.

La rectoscopie ne permet de voir aucune lésion organique jusqu'à 20 cm.

Le lavement baryté montre un rétrécissement organique du dernier tiers du sigmoïde, sans autre image.

A l'intervention, le Chirurgien rencontre une tumeur située assez haut sur le sigmoïde, adhérent au fond utérin.

La résection sigmoïdienne fait découvrir à l'examen de la pièce, au contact de la tumeur, un petit polype ne présentant pas d'anomalies au niveau de son pédicule. Le 20 novembre 1960, l'état général de cette malade est très satisfaisant.

Observation 25

(*Professeur* Ch. Darnaud)

M. D... (Michel), 48 ans, sans aucun antécédent, présente brutalement le 19 mars 1960 une crise douloureuse abdominale ; il émet du sang rouge ; cette émission est unique. Son hospitalisation immédiate amène la découverte par le toucher rectal et la rectoscopie, d'une tumeur bourgeonnante de 3 à 4 cm de diamètre.

L'examen histologique après *biopsie* permet de porter le diagnostic d'épithélioma cylindrique glanduliforme.

La résection permet de voir sur le segment colique, une petite tumeur végétante et ulcérée de 2 cm de diamètre ; mais on prélève aussi un petit polype séssile à 12 cm en amont.

Au point de vue histologique, il s'agit bien d'un adénocarcinome colique différencié, infiltrant toute l'épaisseur de la paroi jusqu'au plan sous-séreux. Par contre, le polype sus-jacent à la tumeur est bénin.

Un des ganglions du méso-sigmoïde est envahi.

En janvier 1961, l'état général du malade est bon, et le fonctionnement colique normal.

OBSERVATION 26

(*Docteur* R. VOISIN)

M. B..., 71 ans, présentait, depuis deux mois, une alternance de constipation et de diarrhée à type de faux besoins.

Le toucher rectal a permis d'atteindre une tumeur dure, saignante, irrégulière.

En rectoscopie, est notée une tumeur fortement suspecte de malignité.

La biopsie confirme, et répond : « Epithélioma cylindrique ».

La pièce d'amputation rectale permet de découvrir un polype bénin au-dessus du cancer, de la grosseur d'un pois.

TUMEURS VILLEUSES BENIGNES

L'étude clinique de ces tumeurs nous permet d'isoler un certain nombre de signes qui les individualisent nettement des adénomes du recto-sigmoïde ; ces caractères distinctifs retiendront surtout notre attention.

I. — Signes fonctionnels

Un symptôme est pratiquement constant dans les tumeurs villeuses du recto-sigmoïde : *c'est l'écoulement muco-glaireux*. C'est une sécrétion claire, transparente, visqueuse, comparable à du blanc d'œuf. L'abondance des sécrétions peut être telle que le malade se présente comme un diarrhéique (Obs. 30) ; très souvent ces glaires sont striées de sang. Cet écoulement peut avoir une importance telle, qu'il peut entraîner un déséquilibre hydro-électrolytique. Nos maîtres Ch. Darnaud *et* R. Voisin (17) ont publié une observation de maladie villeuse diffuse, ayant nécessité une iléostomie d'urgence dans un état gravissime. La déperdition hydro-électrolytique par la bouche d'iléostomie a été suffisamment grande pour entraîner la mort. Sur les observations de tumeur bénigne, ce signe a été constamment observé, et, dans deux cas, il a été l'élément révélateur.

Cependant, tous les auteurs ne sont pas d'accord sur

la fréquence d'un tel symptôme. Arnous (5) admet son extrême fréquence mais Mouchet (43) par contre, n'a observé cet écoulement que dans 36 % des tumeurs villeuses. Grinnel (33) ne le rencontre que dans 30 %.

Les hémorragies sont également fréquemment retrouvées : sang rouge, le plus souvent mêlé aux glaires : cependant dans un cas nous avons constaté l'absence totale d'écoulement sanglant pendant toute l'évolution (Obs. 29). Les autres signes, tels que troubles du transit et troubles ano-rectaux sont assez banaux pour qu'il soit inutile d'insister.

II. — Toucher rectal

On perçoit par ce moyen une masse largement implantée, dépressible, molle, parfois granuleuse. Elle est mobile sur le plan profond, ce qui lui permet parfois d'échapper au doigt. La forme bénigne a, en général, une consistance homogène.

III. Recto-sigmoïdoscopie

C'est un complément indispensable : il est souvent nécessaire d'évacuer auparavant les sécrétions muqueuses qui emplissent l'Ampoule rectale.

La tumeur est rouge sombre avec un fin piqueté hémorragique qui représente les extrémités des villosités agglutinées entre elles. La consistance molle se confirme par le contact du rectoscope et de la pince ; une hémorragie en nappe peut être déclenchée par ce simple contact.

Dans les quatre cas que nous présentons, la recto-

scopie a suffi à évoquer le diagnostic, avant même l'examen histologique. Dans un cas, la possibilité de dégénérescence a été soupçonnée, ce qui n'a pas confirmé la biopsie, mais la pièce opératoire n'a pu être examinée pour trancher définitivement ; donc un doute persiste dans ce cas (Obs. 28).

IV. — Biopsie

Elle est extrêmement facile car les fragments se détachent parfois spontanément. C'est une tumeur très friable. Elle doit être faite en plusieurs points et surtout, au niveau de la base d'implantation.

V. — Examen radiologique

La tumeur villeuse bénigne se traduit par une lacune à contours irréguliers avec image de tonalité. En fait, c'est l'image d'un adéno-carcinome colique, mais la conservation de la souplesse de la paroi est le seul signe de valeur, souvent difficile à apprécier sur un cliché de cette région.

En résumé :

Deux caractères conservent une assez grande spécificité :

— *l'écoulement glaireux ;*

— *l'aspect rectoscopique de la tumeur, difficile à décrire, mais très évocateur pour celui qui l'a observé une fois.*

OBSERVATIONS

Observation 27

(*Professeur* Ch. Darnaud)

Mme G... (Anna), 80 ans, est en bonne santé jusqu'en 1958 ; à la fin de 1959, elle présente une crise occlusive survenant après une hémorragie intestinale.

Le toucher rectal amène la découverte d'une masse pédiculée.

En janvier 1960, Mme G... est hospitalisée pour arrêt complet des matières et des gaz avec douleurs abdominales sourdes, plus marquées au niveau de la fosse iliaque gauche. Cependant, malgré l'occlusion, on constate un écoulement aqueux.

Au toucher rectal, on perçoit à bout de doigt une masse molle, entourée d'un sillon circonférentiel ; il semble que cette masse présente en son centre une dépression.

La rectoscopie confirme cette impression : « masse d'aspect muriforme faisant penser tout de suite à une tumeur villeuse ». Une importante sécrétion séreuse gêne considérablement la vision directe de cette tumeur ; cependant, on arrive à déterminer son pôle supérieur qui est situé à 12 centimètres environ de la marge de l'anus.

L'examen histologique des deux fragments prélevés par biopsie, montre une même architecture de polype glandulaire hyperplasique de la muqueuse rectale, sans signe de malignité.

Cependant, à l'intervention, le diagnostic macroscopique de Tumeur Villeuse est formellement avancé. Il est confirmé par l'examen histologique qui répond : « Tumeur Villeuse sans signe de dégénérescence ; la tumeur se développe uniquement sur le versant muqueux de l'intestin et recpecte entièrement la muscularis mucosæ. Elle a une architecture homogène. Les villosités épithéliales sont très hautes, ramifiées, hyperplasiques, sans différenciation épithéliale.

En mars 1960, cette malade est revue dans un très mauvais état.

Observation 28
(*Docteur* Voisin)

Mme G... (Andrée), se plaint depuis 6 mois d'un syndrome recto-sigmoïdien avec faux-besoins et sang dans les selles. La diarrhée est fréquente et très aqueuse.

Le toucher rectal ne permet pas d'atteindre la tumeur.

La rectoscopie met en évidence à 13 cm une masse ayant l'aspect d'une tumeur villeuse, saignant au contact.

Le lavement baryté montre une image lacunaire de la charnière recto-sigmoïdienne.

L'examen histologique après *biopsie* décèle une hyperplasie de la muqueuse rectale d'architecture villeuse, avec replis glandulaires sus-jacents, mais pas de signe de malignité.

L'examen histologique de la pièce opératoire n'a pas été fait, le chirurgien ayant négligé la recommandation du Docteur Voisin, qui soupçonnait une possible malignité.

Observation 29
(*Docteur* Voisin)

M. C..., 56 ans, présente depuis 1 an, une émission par l'anus d'un liquide aqueux, cet écoulement s'accompagnant de sensation de déblocage. Il n'y a jamais eu de sang dans les selles.

Au toucher rectal, on n'observe aucune lésion.

En rectoscopie, on note sur la face latérale droite du rectum, une tumeur villeuse molle, sans induration à la pince.

L'intervention permet d'atteindre cette masse circulaire à 12 cm de l'orifice anal ; sa surface est hérissée de villosités.

L'examen histologique démontre que cette tumeur a une architecture homogène avec de nombreuses villosités,

bordées par un épithélium cylindrique, épais, hyperplasique. La muscularis est respectée.

Observation 30

Mme G... (Maria), 70 ans, note depuis près de 6 mois la présence de glaires dans les selles ; d'autre part des évacuations aqueuses importantes surviennent dans l'intervalle des selles.

Le toucher rectal permet d'atteindre une tumeur molle sur la face postérieure du rectum, à 10 cm environ.

La rectoscopie montre une tumeur villeuse sans signe clinique de malignité.

L'examen histologique, pratiqué tant sur le tissu biopsié que sur la pièce opératoire, confirme la bénignité de la tumeur.

TUMEURS VILLEUSES DEGENEREES

Il nous a été possible de recueillir quatre observations de tumeurs villeuses dégénérées qui nous permettront d'illutrer ce problème controversé de la dégénérescence. Certains auteurs n'admettent-ils pas que toute tumeur villeuse est d'emblée maligne ? Plus nuancés, nous dirons avec BENSAUDE (9) que la tumeur villeuse après une longue évolution bénigne aboutit tardivement, mais d'une façon presque inéluctable, à la dégénérescence.

L'impression majeure, comme nous le verrons à la lecture de ces observations, est la similitude avec la symptomatologie cancéreuse et le manque de fidélité de la biopsie.

I. — SIGNES FONCTIONNELS

Ils n'ont absolument aucun caractère propre.

L'hémorragie a repris le pas sur l'écoulement aqueux ; les faux besoins ont une grande valeur d'orientation mais de tels signes évoquent en premier lieu le cancer.

Les glaires sanguinolentes sont fréquemment observées ainsi que les douleurs rectales à irradiation coccydienne.

II. — Toucher rectal

Il apporte un argument de grande valeur pour déceler la dégénérescence, c'est l'induration. La présence d'un noyau induré signe à tout coup la dégénérescence. Un tel signe a une importance considérable et doit être tenu comme plus « décisif » que le résultat de la biopsie.

III. — Recto-sigmoïdoscopie

Pour la même raison, elle a tout autant d'importance. Dans certains cas, la transformation est telle que la tumeur, bourgeonnante, hémorragique, indurée, a tout l'aspect du cancer. Parfois, au contraire, la dégénérescence demeure localisée, mais le toucher rectal ayant donné l'éveil, la présence d'une induration est retrouvée à la pince. Cette palpation médiate est d'une importance indiscutable pour l'examen de telles lésions.

L'observation 33 illustre parfaitement la valeur du toucher rectal et de l'endoscopie. Ces deux examens avaient mis en évidence une induration, ce qui avait permis de conclure formellement à la malignité. Il n'y avait pourtant aucun signe de dégénérescence à l'examen histologique après biopsie. Cependant, l'examen de la pièce opératoire a conclu à une tumeur villeuse dégénérée.

Cette notion de la prééminence du toucher rectal et de la rectoscopie sur la biopsie est bien plus importante pour la tumeur villeuse que pour l'adénome.

IV. — Biopsie

On ne saurait trop insister sur sa valeur très inconstante. On ne peut ici tenir compte que des résultats

concluant à une dégénérescence. Cependant, il est possible d'accroître sa fidélité en multipliant les prélèvements au cours du même examen. Il faut surtout les faire porter sur des points qui ont, soit un aspect anormal à la vue soit un caractère induré.

Dans l'observation 34, le Docteur VOISIN a fait 5 prélèvements, dont un dans la zone qui lui paraissait d'une consistance ligneuse ; or, seul, ce dernier a montré des signes de malignité à l'examen histologique.

V. — EXAMEN RADIOLOGIQUE

On observe des images identiques à celles des tumeurs bénignes. Cependant, dans quelques rares cas, face à des formes très évoluées, on constate une raideur de la paroi colique environnante. C'est un signe difficile à mettre en évidence et de peu de valeur, en raison des réactions inflammatoires qui environnent la tumeur et qui peuvent donner un aspect identique.

En résumé :

Il faut retenir de cette étude :

— *l'extrême importance des examens tactiles et endoscopiques dans les tumeurs villeuses ;*

— *la suspicion qui doit toujours peser sur un exament histologique négatif sur un prélèvement biopsique.*

Connaissant la fréquence de dégénérescence des tumeurs villeuses, même si toutes les apparences sont favorables, le dernier mot doit toujours rester à l'examen histologique complet de la pièce opératoire.

OBSERVATIONS

Observation 31

(*Professeur* Ch. Darnaud)

Mme C... (Léonie), 64 ans, se plaint depuis 1952 d'épisodes diarrhéiques fréquents, brefs et passagers. En novembre 1953, cette malade note la présence de sang dans les selles : sang rouge mélangé aux selles ou glaires sanguinolentes.

Elle n'est cependant hospitalisée qu'en juillet 1954.

Le toucher rectal ne permet pas d'atteindre la lésion.

Le lavement baryté montre une image en vis de pressoir, signant une colite gauche.

La rectoscopie, progressant jusqu'à 15 cm, met en évidence à cette distance une zone bourgeonnante.

L'examen histologique du tissu biopsié montre qu'il s'agit de villosités glandulaires dont le revêtement épithélial est très fortement hyperplasique. En quelques points, les cellules ont des caractères suspects, les mitoses sont atypiques. Il n'y a cependant pas de signes formels de dégénérescence. De nouvelles rectoscopies sont faites à quelques semaines d'intervalles, confirmant ce même aspect de tumeur villeuse, saignant au contact, mais dont la base d'implantation paraissait souple.

De même, les biopsies successives montraient une persistance de cet aspect d'hyperplasie, à la fois glandulaire et épithélial, sans signe de malignité mais avec une activité mitotique intense.

En novembre 1954, dès que l'état général paraît satisfaisant, l'intervention est décidée. La résection colique met en évidence une masse de la grosseur d'une noix au niveau de la paroi droite de la jonction recto-sigmoïdienne ayant l'aspect d'un néo.

A l'examen histologique de la pièce, le Docteur Moreau répond : « Tumeur villeuse du rectum ». De structure bénigne, sur la plus grande partie de la lésion, en plusieurs points toutefois, la base du polype envahit la muscularis

et la sous-muqueuse sous forme d'un épithélioma colloïde muco-sécrétant.

En mai 1955, Mme C... est de nouveau hospitalisée en raison d'hémorragies et de glaires sanglantes.

En rectoscopie, on retrouve un bourgeon, charnu, à 10 cm de l'anus, sur la paroi postérieure du colon.

L'examen histologique met en évidence, une récidive de la néoplasie.

En janvier 1957, cette malade meurt.

Observation 32

(*Professeur* Ch. Darnaud)

Mme N... (Henriette), 60 ans, a été gastrectomisée pour Ulcus de l'estomac en 1955. En février 1959, cette malade se présente en consultation, car elle présente depuis 3 mois des hémorragies rectales de sang rouge avec émissions de glaires, des troubles du transit, un syndrome ano-rectal.

Le toucher rectal et la rectoscopie permettent la mise en évidence sur la face postérieure du rectum, d'une masse dure, régulière, fixée. Le doigt ne revient pas souillé de sang ; les limites de la tumeur sont impossibles à apprécier ; la malignité est cependant évidente.

L'examen histologique après *biopsie* conclut : « Tumeur villeuse avec axe conjonctif grêle tapissé d'un épithélium hyperplasique.

Au niveau de cet épithélium, l'abondance des mitoses et des anomalies nucléo-cytoplasmiques doit faire suspecter un potentiel évolutif vers la malignité ».

Le chirurgien, au cours de l'intervention, aborde une volumineuse masse néoplasique, adhérant à la vessie, infiltrant les ailerons, menaçant les uretères. L'exérèse est impossible ; on se contente de faire un anus iliaque gauche.

Observation 33

(*Professeur* Ch. Darnaud)

Mme L... (Joséphine), 52 ans, se plaint depuis octobre 1959, de douleurs sacrées plus ou moins continues, sourdes, associées à une alternance de diarrhée et de constipation. En mars 1960, les douleurs deviennent plus violentes irradiant sur la face postérieure des cuisses, puis apparition d'un syndrome dysentériforme avec sang dans les selles. La malade est hospitalisée.

Le toucher rectal permet d'atteindre une masse antérieure, indurée, ulcérée.

La rectoscopie confirme la présence, à 12 cm, d'une tumeur d'aspect malin, bourgeonnante et hémorragique, sur laquelle plusieurs prélèvements sont faits.

L'examen histologique de tous les fragments biopsiés démontre qu'il s'agit de franges villeuses, fortement hyperplasiées. En aucun point, l'hyperplasie n'a une allure suspecte.

Cependant à l'intervention, l'ablation de la tumeur s'avère difficile car il y a des adhérences vésicales. Les métastases ganglionnaires et hépatiques sont nombreuses.

L'examen histologique de la pièce par le Docteur Moreau confirme le diagnostic de « Tumeur villeuse dégénérée du rectum ». La néoplasie prolifère en profondeur dans toute l'épaisseur de la paroi rectale. Elle affecte une architecture glanduliforme ou trabéculaire infiltrante. La muqueuse n'est dégénérée que sur la partie la plus haute de la tumeur. Les lymphatiques sont envahis.

⁂

Observation 34

(*Professeur* Ch. Darnaud)

Mme B... (Berthe), 34 ans, avait observé, depuis de très nombreuses années, l'émission de selles pâteuses. En 1958, s'intalle une diarrhée avec hémorragies intestinales de

sang rouge. Mme B... a 5 à 6 selles par jour, mais dans l'intervalle des selles, elle émet un liquide aqueux.

En rectoscopie, le Docteur VOISIN constate que la muqueuse qui saigne assez facilement, est soulevée par de très nombreux petits polypes juxtaposés qui lui donnent un aspect encéphaloïde. Ces petites formations sont, par ailleurs, très molles et s'enlèvent très facilement avec l'extrémité de rectoscope. C'est une tumeur villeuse.

L'examen histologique après *biopsie* répond : « Muqueuse rectale polypeuse, hyperplasique, d'architecture villeuse diffuse. Pas de signe de malignité ».

Cependant, pratiquant un nouvel examen, le Docteur VOISIN perçoit un noyau d'induration au sein de la tumeur. Il pratique plusieurs prélèvements biopsiques, dont un au sein de ce noyau. Toutes les biopsies ont ramené un tissu bénin, sauf le prélèvement effectué sur la zone indurée qui a ramené un tissu épithéliomateux.

L'intervention a permis d'atteindre une masse rectale faite de nombreuses villosités avec dégénérescence centrale.

L'examen histologique de cette masse montre que sur la plus grande partie de son étendue, la tumeur est bénigne, mais que la partie centrale, infiltrante, envahit profondément la muqueuse colique sous la forme d'un adéno-carcinome muco-sécrétant.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic de l'épithélioma cylindrique du recto-sigmoïde est le problème principal et nous l'avons évoqué à plusieurs reprises. Quant aux autres tumeurs bénignes de la région, elles sont rares. Comme nous l'avons fait pour la clinique, nous envisagerons ce diagnostic successivement sous l'angle clinique, radiologique, endoscopique et histologique.

I. — Diagnostic clinique

Nous serons brefs sur les signes fonctionnels dont aucun ou presque, n'est spécifique d'une quelconque lésion.

— L'hémorragie fait porter, trop souvent à tort, le diagnostic *d'hémorroïdes* pour qu'il soit sage de se contenter d'un examen anuscopique, même s'il est démonstratif. *Le cancer du rectum* est le souci principal d'une telle symptomatologie. Il est facilement reconnu, s'il est accessible au doigt dans l'ampoule rectale, mais il ne faudra pas omettre de le rechercher plus haut dans l'ampoule et dans la région sigmoïdienne. Quant à la différenciation entre épithélioma primitif et polype dégénéré, il s'agit d'un problème d'intérêt plus nosologique que pratique. *La recto-colite hémorragique* vient au troi-

sième rang des causes d'hémorragie intestinale. Les causes parasitaires, *Amibiase* en particulier, surviennent dans un contexte différent : de même les syndromes dysentériques d'origine bactérienne. Chez le sujet jeune, on rencontre parfois des hémorragies isolées survenant sans qu'une étiologie puisse être mise en évidence : on a parlé de phénomène allergique.

— Les troubles ano-rectaux sont communs à la plupart des tumeurs de cette région, mais aussi à certaines *rectites bactériennes ou virales.*

— Les troubles du transit à type de diarrhée ou de constipation sont rencontrés dans trop d'affections du tube digestif et de maladie générale, pour qu'il soit utile de les énumérer.

Le toucher rectal ne joue qu'un rôle limité dans la distinction entre divers types de tumeurs bénignes du rectum. Tout au plus le diagnostic de *fécalome* peut-il bénéficier de ce mode d'exploration.

II. — Diagnostic radiologique

Le problème le plus difficile est posé au clinicien par les tumeurs recto-sigmoïdiennes qui ne sont accessibles que par le lavement baryté. Devant cette image qui peut évoquer, aussi bien une tumeur villeuse qu'un polype ou un épithélioma, le principal problème n'est pas de choisir entre ces 3 diagnostics possibles, car ils justifient tous la laparotomie. Le principal souci est, dans ce cas, d'éliminer de fausses images ou des lésions pour lesquelles, une intervention deviendrait un risque inutile. C'est ainsi qu'un *résidu colique*, une *bulle d'air dans la*

baryte, une *compression extrinsèque* peuvent donner des images pseudo-tumorales. Diagnostic d'autant plus difficile que le critère « image superposable sur tous les clichés » n'est pas valable en raison de la possible mobilité des polypes.

Le lavement baryté a un autre intérêt, bien plus grand ; il permet d'affirmer le caractère diffus de certaines tumeurs qui, à l'examen endoscopique, pouvaient paraître localisées. La *polypose recto-colique diffuse* se traduira par un aspect « tacheté, tigré, marécageux » du recto-sigmoïde.

A l'évacuation, on notera une « image en mosaïque » réalisée par les polypes cernés par un liseré baryté, selon la description de Bensaude (9) : de même dans la *maladie villeuse*, cet aspect de mosaïque est diffus à la totalité du colon. Enfin les *pseudo-polypes* qui s'observent dans certaines affections du colon peuvent se traduire par de petites images lacunaires, semblables à celles de la Polypose.

III. — Diagnostic endoscopique et histologique

En matière de diagnostic différentiel, il est difficile de dissocier la rectoscopie et la biopsie ; l'une est le complément indispensable de l'autre.

Nous citerons rapidement la *polypose diffuse segmentaire* qui est réalisée par la juxtaposition d'une multitude de polypes, sur une zone limitée au niveau du rectum et du sigmoïde, la muqueuse sus et sous-jacente étant normale ; de même la *maladie villeuse du rectum* dans laquelle les franges accolées les unes contre les autres

tapissent uniformément toute la muqueuse rectale. Ce sont des diagnostics d'exception. Toujours dans le cadre des formes multiples, les *pseudo-polypes de Weischelmann* observés dans la recto-colique hémorragique, peuvent parfaitement simuler à la rectoscopie les formations polypeuses du rectum. C'est ici que l'examen histologique prend toute sa valeur, en démontrant qu'il s'agit de bourgeons charnus très congestifs s'implantant dans le chorion au niveau de la muscularis et non d'adénomes. C'est un diagnostic de toute première importance, si l'on songe que sur 400 rectoscopies qu'il a effectuées, le Docteur Voisin a découvert autant de recto-colites hémorragiques que de polypes. Par ailleurs, cet aspect polypoïde de la muqueuse rectale peut s'observer dans d'autres affections intestinales, telles que l'amibiase.

Les problèmes de diagnostic qui se posent au clinicien doivent être à ce stade, résolus, car dans l'étude des autres tumeurs bénignes de l'intestin terminal, c'est pratiquement l'Histologiste seul qui fera le diagnostic.

— *Au niveau du rectum*, la biopsie d'une tumeur isolée permettra à l'anatomo-pathologiste de porter le diagnostic :

- de fibrome, de fibromyome ou de myome qui peuvent être intra-cavitaires ou interstitiels ;
- de lymphome ou de lymphadénome, toujours sous-muqueux ;
- de lipome, formé d'une armature conjonctive séparant des nodules graisseux ;
- d'endométriome avec sa structure de muqueuse utérine ; mais le clinicien aura peut-être noté la

recrudescence des symptômes au moment des règles ;

- d'angiome, mais la biopsie peut entraîner une hémorragie catastrophique.

— *Au niveau du canal anal*, trois types très différents de tumeurs peuvent être rencontrés.

- *des néoformations*, développées à partir de la surface d'un hémorroïde interne, sont souvent rencontrées sous le mauvais terme de : « Polype hémorroïdaire ».
- *Les végétations papillomateuses* peuvent être observées ; poussées par le rectoscope, elles peuvent donner l'impression de siéger sur la muqueuse rectale, mais la structure pavimenteuse permettra à l'Histologiste de faire le diagnostic.
- *L'épithélioma pavimenteux du canal anal* pose les mêmes problèmes que les tumeurs précédentes.

En conclusion

L'adéno-carcinome étant éliminé, le diagnostic différentiel répond à un double but :

— D'abord *démontrer que les lésions observées au rectoscope ne sont pas diffuses dans tout le colon*, ce qui conduirait à poser des indications thérapeutiques très différentes.

— Ensuite *éliminer les tumeurs bénignes rares*, ce qui ne peut être fait sans l'aide de l'Histologiste.

TRAITEMENT

Un grand principe domine cette question ; *tout polype, et à plus forte raison, toute tumeur villeuse doit être enlevée en totalité, avec destruction de sa base d'implantation.* Dans tous les cas, le risque de dégénérescence impose cette conduite. L'expectative surveillée doit être bannie en raison des risques qu'elle fait courir au malade. Cependant, nul n'est à l'abri d'une récidive, d'où la nécessité d'une surveillance endoscopique régulière, souvent difficile à obtenir du malade. Nous étudierons d'abord les moyens thérapeutiques dont nous disposons, dans un deuxième temps, nous envisagerons les diverses indications opératoires.

I. — Les moyens

D'emblée, il faut éliminer les moyens médicaux qui n'ont qu'un intérêt adjuvant, un intérêt dans la préparation des malades à l'intervention. Ce sont surtout des désinfectants intestinaux et des lavements évacuateurs. Il doivent être cités pour mémoire.

A. *Radiothérapie de contact*

Elle a été fortement préconisée par M^me^ Parturier-

Albot (46) qui a obtenu des guérisons durables. Elle nécessite une surveillance prolongée, contrôlée par des biopsies dont l'interprétation n'est pas toujours aisée en raison des lésions de radio-nécrose.

B. *Méthodes proctologiques*

Elles sont multiples et se sont multipliées en fonction des progrès techniques.

1) *L'Electro-fulguration :*

Elle consiste en une destruction sur place du Polype à l'aide d'une pointe diathermique.

2) *L'Electro-résection :*

Jusqu'à ces dernières années, elle se pratiquait au serre-nœud diathermique introduit dans le rectoscope. On coagulait lentement la tige, de manière à obtenir une bonne hémostase ; mais les dangers d'explosion des gaz intra-rectaux ont conduit les proctologues à modifier leur technique. Bensaude (18) pince la base du polype et fait passer un courant coagulant très amorti ; le polype ne tombe que secondairement ; le risque est de sectionner prématurément le pédicule, qui tombe avant que l'hémostase soit faite, d'où le grand risque hémorragique. Arnous (5) a mis au point un rectoscope spécial qui permet d'amener un courant d'azote sous pression à l'extrémité du tube. Le risque d'explosion est totalement supprimé.

De telles techniques peuvent également être utilisées par colostomie, avec ou sans introduction d'un tube de rectoscopie, surtout dans les polypes du sigmoïde.

C. *Méthodes chirurgicales*

1) *La Biopsie-Exérèse :*

Elle consiste à abaisser la muqueuse, à placer une ligature à la base du pédicule et à le sectionner. Certains chirurgiens utilisent le thermo-cauter directement.

2) *L'Exérèse large de de la tumeur :*

Elle consiste à réséquer la totalité de la tumeur, en emportant une collerette de muqueuse saine d'au moins 1 cm. Elle est le plus souvent pratiquée après dilatation anale, donc ne s'adresse qu'aux tumeurs bas situées.

3) *La Résection recto-sigmoïdienne :*

Elle s'opère par voie abdomino-périnéale ou sacrée avec conservation du sphincter. Elle s'adresse aux tumeurs inaccessibles par voie naturelle.

4) *L'Amputation du rectum avec sacrifice du sphincter :*

Elle est indispensable dans les tumeurs bas-situées mais très étendues ou dégénérées.

Telle est la gamme des procédés dont nous disposons pour stopper l'évolution de ces tumeurs. La grande difficulté de ce traitement réside dans le choix de la technique en fonction :

— du type de tumeur, polype ou tumeur villeuse ;
— de la nature, bénigne ou maligne ;
— de l'implantation, pédiculée ou sessile ;
— de la localisation, haute ou basse ;
— de l'état du malade.

II. — Les indications opératoires

Il convient de réserver une place à part aux polypes associés à un cancer car c'est le cancer qui impose le mode d'intervention. Le polype, dans ces cas, ne fait qu'élargir plus ou moins les limites de la résection ou de l'amputation.

A. *Polypes bénins pédiculés*

1) *Bas situés :*

Nous engloberons dans ce chapitre tous les polypes qui peuvent être atteints par voie trans-anale. Le traitement est simple, puisque c'est l'indication type de l'*électro-résection :* correctement pratiquée, elle laisse une petite escarre blanchâtre, sèche, peu profonde qui va cicatriser en 3 semaines.

2) *Haut situés :*

Entrent dans ce cadre tous les polypes qui sont inaccessibles par voie basse. La laparotomie est alors indispensable et l'ablation du polype est réalisée par colostomie. La polypectomie revient alors aux techniques de l'intervention par voie basse.

B. *Polypes sessiles et polypes dégénérés*

Nous groupons ces deux cas, car lorsque la dégénérescence est limitée, ils posent les mêmes problèmes thérapeutiques.

1) *Bas situés :*

Beaucoup d'auteurs préconisent dans le cas de poly-

pes sessiles, une *électro-fulguration* ou *électro-résection ;* de même pour les polypes dont la dégénérescence semble épargner le pédicule et la base d'implantation, l'*excision large* de la tumeur par voie basse paraît préférable.

Enfin dans ces deux cas, Mme Parturier-Albot (46) a posé l'indication de la radio-thérapie de contact, et a obtenu des résultats très durables. Mais si la dégénérescence est étendue à la base du polype et envahit plusieurs tuniques du rectum, la règle est de conduire la thérapeutique comme si on se trouvait face à un adénocarcinome du rectum ; suivant la localisation, on s'adressera, soit à l'*amputation*, soit à la *résection* si la tumeur est à plus de 10 cm au-dessus de la marge de l'aus.

2) *Haut situés :*

Face à ces deux types de tumeurs localisées, au niveau du sigmoïde ou de la région recto-sigmoïdienne, la conduite à tenir est uniforme : *la résection avec conservation sphinctérienne* est le procédé de choix. Elle permet d'apprécier l'existence d'un envahissement ganglionnaire. La conservation sphinctérienne limite le préjudice moral d'une telle intervention.

C. *Tumeurs villeuses*

Les indications opératoires tendent, ces dernières années, à s'uniformiser dans le sens d'une résection ou d'une amputation large. Si certains auteurs tels que Charier ou Lecène ont pu longtemps soutenir l'efficacité de l'exérèse par voie naturelle dans le cas de tumeurs bénignes, la plupart des auteurs et particulièrement en France d'Allaines et Santy (16) pensent que

l'exérèse locale, même très large, n'est pas l'intervention de choix et ils lui préfèrent l'amputation ou la résection quand elle est possible.

Ces indications de l'exérèse par voie naturelle, demeurent très limitées. D'après d'ALLAINES (16), il faut une tumeur bénigne unique, de volume modéré, à base d'implantation étroite, n'excédant pas 3 cm de diamètre. il faut qu'elle siège à moins de 9 cm de l'anus.

On voit que de telles conditions sont difficile à satisfaire, c'est dire la rareté de l'utilisation de cette voie. La question ne saurait se poser pour les tumeurs villeuses dégénérées où l'intervention radicale s'impose. Il est indispensable de se montrer moins économe, dans les limites de la résection. Enfin les auteurs tels que RAMOUL, M^me^ PARTURIER-ALBOT et DUBARRY (46) témoignent de l'efficacité certaine de la radio-thérapie de contact dans le traitement des tumeurs villeuses bénignes ; il faut réserver cette technique à des malades âgés, ou en mauvais état général ou à des tumeurs très étendues.

III. — LES RÉSULTATS

1) *Avantages respectifs de l'excision locale et de l'intervention radicale*

L'étude de ces diverses possibilités thérapeutiques imposent quelques réflexions. Dans tous les cas de polypes bénins bas situés, l'ablation par voie basse s'impose sans discussions. Le problème devient beaucoup plus délicat à partir du moment où le polype est sessile ou dégénéré au niveau de son sommet. L'intervention radicale est le procédé thérapeutique le plus sûr, mais il a deux inconvénients majeurs ; en plus du redoutable « trau-

matisme » que constitue pour le malade la suppression du sphincter, le risque opératoire n'est pas négligeable.

Ainsi Grinnel, observe au Presbyterian Hospital de New-York, 11,5 % de mortalité pour la résection ou l'amputation du recto-sigmoïde, alors qu'elle est nulle pour la polypectomie par voie basse.

Pour ce qui est des tumeurs du sigmoïde, inaccessibles à l'intervention par voie basse, on a le choix entre deux modes d'intervention :

— la colostomie avec polypectomie ;
— la résection.

Les avantages de la résection sont considérables : elle élimine la possibilité d'excision incomplète s'il s'agit d'une tumeur dégénérée ; dans le même cas elle permet d'apprécier une possible invasion lymphatique et d'inclure dans la résection, un polype associé. Son gros inconvénient est la plus grande mortalité opératoire, de 0,5 % dans la colostomie avec polypectomie, alors que dans la résection cette mortalité est 13 fois plus grande.

Bacon (6) donne une proportion identique ; cette discussion intéresse avant tout les polypes bénins et ceux dont la dégénérescence paraît très localisée. Dans les tumeurs et les polypes largement dégénérés, nous avons vu que l'intervention radicale s'impose.

2) *Récidives dans les excisions locales*

Si on envisage les récidives après excision locale d'un polype qui, à l'examen histologique, s'est avéré en voie de dégénérescence, on peut constater que si le polype est pédiculé, le pourcentage de récidives est suffisamment

faible, 8,3 % selon GRINNEL, pour que ce mode d'intervention ait pu être considéré comme satisfaisant dans le traitement de certains polypes présentant une plage de dégénérescence très limitée, mais possédant un assez long pédicule.

3) *Importance du pédicule dans les polypes dégénérés*

La longueur du pédicule a une grosse importance dans le pouvoir métastatique ; il ne peut être étudié que par l'examen des pièces de résection ou d'amputation. Classiquement, il était admis que l'envahissement ganglionnaire était aussi rapide dans le cas de tumeur sessile ou pédiculée.

Des auteurs comme KLEIN (37) ou WELCH (58) admettent qu'un long pédicule est une assurance intéressante vis-à-vis de risques de récidive après excision locale. Mais ils considèrent que sa longueur n'influence pas l'invasion ganglionnaire. Par contre, GRINNEL (33) constate que les ganglions ne sont envahis dans un polype que lorsque la zone dégénérée empiète largement sur le pédicule, venant à proximité de la muqueuse intestinale normale Pour que de telles considérations soient valables, il faut qu'il s'agisse d'un pédicule vrai et non d'un pédicule obtenu par la traction d'un chirurgien.

Il faut retenir des observations d'auteurs tels que DUKES (22) et GRINNEL (33) que la présence d'un pédicule est un fait rassurant quand la dégénérescence est limitée au sommet du polype. Les métastases sont ici extrêmement rares. Ceci confirme l'intérêt de l'excision locale dans les polypes pédiculés où la malignité demeure au sommet et le risque de cette même excision sur les tumeurs sessiles dégénérées.

CONCLUSIONS GENERALES

La dualité des adénomes et des tumeurs villeuses apparaît à plusieurs points de vue :

1) *Au point de vue anatomie-pathologique*

L'adénome est une tumeur à prédominance glandulaire, alors que la tumeur villeuse est à point de départ épithélial, entraînant une invasion en surface.

2) *Au point de vue étiologique*

— Les malades porteurs de tumeurs villeuses ont un âge plus élevé que ceux porteurs de polypes.

— Les polypes sont beaucoup plus fréquents chez l'homme, alors que les tumeurs villeuses se rencontrent avec une fréquence égale dans les deux sexes.

— Le caractère strictement isolé de la tumeur villeuse doit être souligné, alors que l'adénome est plus volontiers multiple ; la polypose demeurant exclue.

— Enfin les polypes sont beaucoup plus fréquents que les tumeurs villeuses : les études statistiques concernant ces dernières sont donc plus rares et plus restreintes.

3) *Au point de vue clinique*

La distinction entre les deux types de tumeurs nous ramène à des considérations morphologiques, puisque

toucher rectal et endoscopie sont à la base du diagnostic. Cependant au point de vue fonctionnel, l'écoulement aqueux et les glaires sanguinolentes, émises en abondance, plaident en faveur de la tumeur villeuse.

4) *Au point de vue thérapeutique*

La tumeur villeuse impose une intervention beaucoup plus radicale, en raison de la possibilité des récidives locales après une excision trop limitée et surtout en raison de la fréquence de la dégénérescence.

Le problème de la dégénérescence de ces tumeurs bénignes était notre but.

Une notion fondamentale découle de ce travail : *le pouvoir dégénératif des tumeurs villeuses est dix fois supérieur à celui des adénomes*. Cependant la plage malignisée est plus facile à mettre en évidence dans le polype que dans la tumeur villeuse.

Dans cette recherche des *critères de dégénérescence*, nous avons pu mettre en évidence un certain nombre de caractères qui ont une certaine valeur d'orientation, mais seule l'histologie de la pièce opératoire nous a apporté une certitude.

1) *Au point de vue étiologique*

— L'âge moyen de découverte des tumeurs bénignes est inférieur de 7 ou 8 ans à celui de mise en évidence des formes dégénérées. Un écart comparable est observé dans les cas de polypes utérins.

— Le pouvoir dégénératif n'est pas plus grand chez l'homme que chez la femme.

2) *Au point de vue clinique*

— L'hémorragie demeure dans l'un et l'autre cas le caractère fondamental, cependant la dégénérescence semble faire disparaître l'aspect spontané, discontinu, brutal de l'hémorragie des polypes bénins.

3) *Au point de vue endoscopique*

Une deuxième notion fondamentale doit être introduite : *l'impression visuelle et tactile prime le résultat de la biopsie.* Celle-ci ne peut être prise en considération d'une manière formelle que si elle décèle la malagnité. La sensation d'induration perçue au doigt, à la pince, ou à la pointe du rectoscope commande de tenir cette tumeur comme dégénérée, même si la biopsie conclut à la bénignité. Il faut ajouter qu'une attitude aussi tranchée ne peut se concevoir que chez un clinicien parfaitement expérimenté en matière d'endoscopie.

4) *L'examen histologique de la pièce opératoire*

Il apporte une réponse satisfaisante. Cependant si l'on exclut le cancer invasif ayant franchi la muscularis mucosæ qui a des caractères nets et précis, l'appréciation des divers atypismes cellulaires est souvent difficile et passablement subjective. Ce sont les différents stades de cet atypisme qui rendent bien compte du caractère de « lésions pré-cancéreuses » que personne ne conteste plus aux polypes adénomateux et aux tumeurs villeuses du rectum et du sigmoïde.

Vu : *Le Président*,
DARNAUD.

Vu : *Pour le Doyen*,
L'Assesseur,
CADENAT.

Vu et permis d'imprimer,

Toulouse, le 5 octobre 1961.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université.

DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abbot (F. K.), Monroe (L. S.) et Coll. — The incidence of polyps in 500 procto-sigmoïdoscopies in asymtomatic young men. *Gastro-Enterology,* 1957, 32, pp. 704.

2. André (J.). — Etude radiologique des polypes du colon. *Thèse Paris,* 1955, N° 497.

3. Andren (L.), Friberg (S.). — polyps of the rectum and the colon. Gastro-Enterology, 1959, 36, pp. 632.

4. Arnous (J.), Gibert et Coll. — *Arch. Mal. App. Digest,* 1952, 41, pp. 198.

5. Arnous (J.), Parnaud (E.). — Tumeurs bénignes du rectum et de l'anus. *Enc. Méd. Chir. Estomac-Intestin,* 1960, 9085, A. 10.

6. Bacon (H.), Paele (A. R.). — Appraisal of adénomatous polyps of the colon. *Ann. of Surg.,* 1956, 144, pp. 9.

7. Baumel (J.), Hermann (G.). — Les tumeurs villeuses du rectum génératrices de cancers rectaux. *Acta Gastro-Enterol. Belgo,* 1947, 10, pp. 89.

8. Bensaude (A.). — Evolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum. Paris, Masson Edit. 1937.

9. Bensaude (R.), Cain (A.), Lambling (A.). — Tumeurs villeuses du rectum. *Presse Méd.,* 1930, 38, pp. 1 713.

10. Bensaude (R.), d'Allaines (F.) et Coll. — Tumeurs villeuses dégénérées du colon transverse. *Arch. Mal. App. Digest,* 1937, 27, pp. 113.

11. Binkley (G. E.), Sunderland (D. A.) and Coll. — Car-

cinoma arising in adénomas of colon and rectum. *Jour. Ame. Med. Ass.* 1952, 148, pp. 1 465.

12. Buie (L. A.). — Poylpoïd disease of the colon. *Post. Grad. Med.*, 1949, 5.

13. Burnikel (R.), Shutte (A.). — Polyps of the rectum and the Sigmoïd. *Ame. Jour. Surg.*, 1954, 88, pp. 378.

14. Castro (A. F.), Ault (G. W.) and Coll. — Adénomamous polyus of the colon and rectum. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1951, 92, pp. 164.

15. Colver (J. R.), Brown (C. H.). — Rectals polyps diagnosis, 5 year follow-up and relation to carcinoma of the rectum. *Ame. Jour. Med. Sciences*, 1948, 215, pp. 24.

16. D'allaines (F.), Dubost (C.) et Coll. — Le traitement des tumeurs villeuses du rectum. *Arch. Mal. App. Digest*, 1949, 38, pp. 1 096.

17. Darnaud (Ch.), Voisin (R.) et Coll. — Polypose associée à une recto-colite hémorragique. *Arch. Mal. App. Digest*, 1960, 10, pp. 1 401.

19. Deddish (M.). — Rectal and colon survey. *Jour. Ame. Med Women's A* 1948, 3, pp 43.

20. Dellepierre iA.), Scoots (G.). — Tumeurs villeuses du rectum. *Ann. de Chir.* 1959, 12, pp. 769.

21. De Muth (W. B.), Cherney (W. T.) and Coll. — Adénomatous polyps of the colon and rectum. *Surg. Gyn. and Obs.*, 1952, 94, pp, 195.

22. Dukes (C.). — An explanation of the difference between a papilloma and a adénoma of the rectum, *Proc. Royal. Soc. Med. London*, 1947, 40, pp. 829.

23. Enquist (I. E.). — Incidence and significance of polyps of the colon and rectum. *Surgery* 1957, 42, pp. 681.

24. Ewing (M. R.). — Villous tumors of the rectum. *Ann. Roy. Coll. Surg. England*, 1950, 6, pp. 413.

25. Fansler (W. A.). — Diagnosis and treatment of polyps of the large bowel. *Med. Rect. and Ame.*, 1953, 47, pp. 545.

26. Felsen (J.). — Diagnosis differencial of Intestinal polyposis. *Ann. Jour. Roentgen,* 1941, 45, pp. 551.

27. Fisher (E. R.), Turnbull (R. B.). — Malignant polyps of the rectum and sigmoïd. *Surg. Gyn. and Obst.,* 1952, 94, pp. 619.

28. Fraisse (H.), Corajod (E.) et Coll. — Trois cas de dégénérescence de polypes du colon. *Arch. Mal. App. Digest,* 1957, 46, pp. 1 043.

29. Goldgraber (M. B.), Kirsner (J. B.). — Papilloma of the large intestine. *Gastro-Enterology,* 1958, 35, pp. 36.

30. Grantureo (C.), Miller (G. A.). — Program of the detection of colonic and rectal polyps. *Jour. Ame. Med. Ass.* 1953, 16, pp. 1 429.

31. Green (W. N.). — Polyps of the sigmoïd and rectum. *Ohio. Med. Jour.,* 1941, 37, pp. 38.

32. Greer (D. B.). — The value of routine proctoscopy. *Cancer Bull.,* 1950, 2, pp. 35.

33. Grinnel (R.), Lane (N.). — Benign and malignant adenomatous polyps and papillary adenomas of the colon and rectum. *Surg. Gyn. and Obst.,* 1958, 106, pp. 519.

34. Haugh (E. W.), Buie (L. A.) and Coll. — Adenomas of the rectum and sigmoïd colon. *Gastro-Enterology,* 1950, 16, pp. 669.

35. Helwig (E. B.). — Evolution of adenomas of the large intestine. *Surg. Gyn. and Obst.,* 1947, 84, pp. 36.

36. Hollender (L.), Adloff (M.) et Coll. — Les polypes du gros intestin. *Strasbourg Méd.,* 1960, 11, pp. 783.

37. Klein (R. R.), Scarborough (R.A.). — Diagnosis and treatment of adénomatous polyps and the colon. *Arch. Surg.,* 1952, 65. pp. 65.

38. Klemperer (P.). — Studies of adenomatous polyps and carcinoma of the colon. *Ame. Jour. Digest Dis.,* 1938, 5, pp. 566.

39. Lambling (A.). — Les tumeurs villeuses du rectum. Paris, Masson Edit. 1928.

40. Mayo (C. W.). — Colonic poyposis. Mayo Clinic, 1942, 17, pp. 181.

41. Mc Lanaham (S.), Grove (G. P.) and Coll. — Conservative surgical management of rectal adenomas showing malignant change. *Jour. Ame. Med. Ass.,* 1952, 148, pp. 1 465.

42. Miller (C. J.), Day (I.) and Coll. — The value of proctoscopy. *New-York State Jour. Med.,* 1950, 50, pp. 2 023.

43. Mouchet (A.), Marchand (J.) et Coll. — A propos de 25 cas de tumeurs villeuses du rectum et du sigmoïde, *Arch. Mal. App. Digest,* 1960, 10, pp. 1 274.

44. Ortmayer (M.), Conelly (M. A.). — Study of the colon of apparently well women. *Jour. Nat. Inst. Cancer,* 1949, 9, pp. 399.

45. Ortmayer (M.). — Carcinoma in small polyps of the distal colon. *Castro-Enterology,* 1956, 31, pp. 404.

46. Parturier-Albot (M^me^). — A propos de la radiothérapie de contact dans les tumeurs villeuses du rectum. *Arch. Med. App. Digest,* 1949, 38, pp. 356.

47. Portes (C.), Marjarakis (J.). — Proctosigmoïdoscopy and incidence of polyps on 50 000 examinations. *Jour. Ame, Med. Ass.,* 1957 163, pp. 410.

48. Quenu, Landel. — Les poly-adénomes du gros intestin. *Revue de Chir.* 1899, pp. 567.

49. Rachet (J.), Busson (A.), Debray (Ch.). — Maladies de l'intestin et du péritoine. Paris, Flamm. Edit., pp. 776.

50. Rider (J. A.), Kirsner (J. B.) and Coll. — Polyps of the colon and rectum. *Jour. Ame. Med. Ass.,* 1959, 170, pp. 633.

51. Rosenthal (I.), Boronosky (I. D.). — Pronostic and therapeutic implication of polyps and métachrom colic carcinoma. *Jour. Ame. Med. Ass.,* 1960, 172, pp.37.

52. Sandusky (W.), Parson (R.). — Adenomatous polyps

of the colon and rectum. *Ann. of Surg.*, 1952, 135, pp. 818.

53. Sénèque (J.), Chatelin (C. L.). — Tumeurs villeuses du colon. *Jour. de Chir.* 1958, 76, pp. 13.

54. Smith (D. W.). — Carcinomes associated with adenomas. *Sounth Med. Jour.*, 1956, 49, pp. 349.

55. Susman (W.). — Polipi coli. *Jour. Path. and Bact.*, 1932, 32, pp. 29.

56. Swinton (N. W.). — Polyps of the colon and rectum. *Jour. Ame. Med. Ass.*, 1954, 154 pp. 658.

57. Valdes-Dapena (A.), Beckield (W.). — Adenomatous polyps of the large intestine. *Gastro-Enterology* 1957, 32, pp. 452.

58. Welch (G. E.), Mc Kittrick (J. B.) and Coll. — Polyps of the rectum and colon and their relation to cancer. *New-England Jour. Med.*, 1952, 247, pp. 959.

59. Wilson (G. S.), Dale (H. E.) and Coll. — Evacuation of polyps detected on 20 847 routines sigmoïdoscopies examinations. *Ame. Jour. Surg.*, 1955, 90, pp. 834.

60. Winblad (S.), Friberg (S.). — Observations on the pathology of polyps of the colon. *Ana. Path, Micro. Scand.* 1955, 3, pp. 89.